Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

THE LIBRARY

BIO-MEDICAL LIBRARY

CLASS

BOOK

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

A. ALEXANDER-Berlin, J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, C. BECK-Budapest, B. BERON-Sofia, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, E. EHLERS-Kopenhagen, S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. FABRY-Dortmund, J. v. FICK-Wien, E. FINGER-Wien, W. FISCHER-Berlin, E. FRAENKEL-Hamburg, R. FRÜHWALD-Leipzig, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, J. HELLER-Charlottenburg, K. HERX-HEIMER-Frankfurt a. M., M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Elberfeld, J. JADASSOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, W. KOLLE-Frankfurt a. M., A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Warschau, R. LEDERMANN-Berlin, H. P. LIE-Bergen, E. MEIROWSKY-Cöln, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, P. MULZER-München, O. NAST-Danzig, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, J. ODSTRČIL-Olmütz, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New York, C. POSNER-Berlin, G. de PROBIZER-Rovereto, M. L. RAVITCH-Louisville, Ky., E. RIECKE-Göttingen, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, F. SAMBERGER-Prag, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., J. SCHUMACHER-Berlin, O. SEIFERT-Würzburg, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRÝB-Brünn, P. UHLENHUTH-Marburg i. H., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Budapest, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG
J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG

VIERUNDSIEBZIGSTER BAND

1922

JANUAR BIS JUNI (Nr. 1—26)

MIT 24 ABBILDUNGEN IM TEXT UND 2 TAFELN

LEIPZIG / VERLAG VON LEOPOLD VOSS / 1922

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalarbeiten.

Seite

Ein Beitrag zur Kenntnis der Ichthyosis hystrix. Von Wilhelm Blotevogel. . 1, 41
Lichen planus und lichenoide Arsendermatitis. Von Philipp Keller 9
Erfahrungen mit Mirion. Von H. Gaertner 14
Über Spontanheilung von Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Von Irmgard Dresel 17
Beitrag zur Kenntnis des Leucoderma syphiliticum. Von W. Freymann 34
Über die Verwendung der Partialantigene nach Deycke-Much in prognostischer Hinsicht bei Hauttuberkulose. Von Ernst Bergmann 57
Untersuchungen über die Ätiologie der Krankheiten der Herpesgruppe. Von B. Lipschütz 59
Über die Therapie der Folliculitis barbae. Von Josef R. Thim 61
Zwei Fälle von Keratodermia symmetrica. Von Richard Wagner 82
Experimentelle Untersuchungen über die Lebensdauer der Spirochaeta pallida unter Einwirkung verschiedener Behandlungsweisen. Von Eugen Rubin und Siegmund v. Szentkirályi 84
Protoplasmaaktivierung bzw. Schwellenreiztherapie zur Behandlung von Haut- und Haarleiden. Von M. Krüger und W. Pfeiler 105
Klinische Erfahrungen mit dem Jodpräparat „Mirion". Von Franz Urbán . . . 111
Über Lupus erythematodes acutus. Von L. Görl und Leonhard Voigt 129
Beiträge zur Kenntnis der in der dermato-venereologischen Praxis gebräuchlichen Balsamika. X. Pichiextrakt. Von Ernst Deussen 133
Ein Fall von Pityriasis amiantacea. Von Bruno Ludovici 153
Berichtigung der Darstellung von Schreus, betreffend meine Untersuchungen über Stomatitis mercurialis ulcerosa. Von Johan Almkvist 155
Verhütung und Behandlung der Stomatitis mercurialis. Von Fr. Hammer. . . . 158
Die Cyarsal-Neosalvarsan-Blutmischspritze. Von Oskar Ehrmann 159
Multiple Hautgeschwüre bei funktioneller Anästhesie. Von Erwin Pick 177
Beiträge zur Kenntnis der in der dermato-venereologischen Praxis gebräuchlichen Balsamika. XI. Matikoöl. Von Ernst Deussen 178
Ein Fall von Leukoderma bei Pityriasis lichenoides chronica. Von Johan Almkvist 201
Zur Technik und Anwendung von Radium und Mesothorium in der Dermatologie. Von Werner Brinckmann 204
Ein Fall von einseitiger linearer Psoriasis. Von Jos. Stangenberg 210
Über einen elektrischen Anschlußapparat „Spannungsteiler Wigostat". Von Tibor Benedek 225
Untersuchungen über den Bilirubingehalt des Blutserums bei Salvarsan-Quecksilberkur. Von Paul Schneider 229, 250
Über kombinierte Flockungsreaktion (einzeitige Sachs-Georgi-Meinecke-Reaktion). Von Stern und Otto Evening 235
Cutis gyrata der Stirn. Von A. Stühmer 249
Bemerkungen zur Arbeit von H. Gaertner: Erfahrungen über Mirion. Von J. Kyrle 256
Über Dermatitiden durch Terpentinersatz. Von E. Galewsky 273
Multiple weiche Warzen der Mundschleimhaut. Von E. Stern 274
Sclerosis urethrae. Von Georg Gjorgjević 276
Die Glühnadel als therapeutisches und kosmetisches Hilfsmittel. Von Adolf Pokorny 297

Digitized by Google

S 610.5
D44-w

Seite

Meine Aktivmethode der Wassermann-Reaktion bei Syphilis. Von Hugo Hecht 300
Therapeutische Versuche mittels perkutaner Elektrolyse. Von F. Wirz 321
Erwiderung auf Almkvists Berichtigung meiner Arbeit: „Ein Weg zur Verhütung und Behandlung der Stomatitis mercurialis". Von Hans Th. Schreus . . . 332
Über säurefeste Bazillen bei Acne conglobata. Von Erwin Pick 345
Eine neue Technik für intramuskuläre Quecksilberinjektionen. Von B. Pontoppidan 348
Alfred Blaschko. Von E. Galewsky 378
Rücklaufkonus für Harnröhrenspülung. Von J. R. Thim 376
Über einen Fall von Rasierschanker. Von Hans Helle 376
Erfahrungen mit der Reaktion des kolloidalen Benzoeharzes in der Rückenmarksflüssigkeit. Von Fritz Mras 369
Die strafrechtliche Verwertung der Papillarlinienmuster. Von Fritz Dehnow . . 398
Zur Frage der Lues des vegetativen Nervensystems. Von Ernst Sklarz 393
Stellen Karbunkel und Furunkel eine klinische Einheit dar? Von Josef Schütz 421
Über gewerbliche Formalindermatitiden und -Ekzeme. Von B. Chajes 417
Über die endokrine Wirkung und die praktische Bewertung des Thalliums. Von A. Buschke und Bruno Peiser 443
Ulcus molle mit Metastasenbildung und Septikopyämie. Von Robert Amstad . . 441
Über den weiteren Verlauf der Hannoverschen Mikrosporieepidemie. Von Gustav Stümpke 472
Über die adstringierende Wirkung der in der Gonorrhoetherapie verwendeten Silberpräparate auf die Schleimhaut der Harnröhre. Von Alfred Perutz und Erwin Taigner 465
Erfahrungen mit der Trübungs-Flockungsreaktion nach Dold. Von F. Jacobsohn 491
Wind- und Kälteurtikaria bei Lues hereditaria. Von Richard Wagner 489
Neue Erfahrungen in der Behandlung mit Neosilbersalvarsan. Von Hannes Weber . 523
Die Kriechkrankheit (Creeping Disease, Larva migrans), Gastrophilosis cutis. Von S. L. Bogrow 519
Schleimhaut- und Blutbildbesonderheiten bei Darierscher Dermatose. Von Ernst Sklarz 513
Über die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit. Von Walter Pewny 537
Neuere Forschungen über die kongenitale Knochensyphilis. Von Ludwig Pick . 540
Soormykose der Haut. Von Edmund Rajka 561
Lichen ruber pemphigoides. Von A. Trýb 563
Behandlung der Skabies mit Ameisensäuredämpfen. Von Stephan Rothman . . 570
Jean Schäffer. Von Westberg 575
Ichthyosis congenita s. foetalis. Von A. Jordan 585
Ein Fall der Fox-Fordyceschen Krankheit. Von Franz Walter 593
Kritische Bemerkungen zum Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Von Ernst Delbanco 596
Quellungs- und Entquellungserscheinungen in ihrer Bedeutung für die Pathologie der Haut. Von Erwin Pulay 609

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft 23, 45, 113, 238, 282, 543
V. Kongreß der Deutschen Urologischen Gesellschaft 89
Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft 402
19. Tagung der Nordwestdeutschen Dermatologen-Vereinigung 333
13. Tagung mitteldeutscher Dermatologen 378
Versammlung Südwestdeutscher Dermatologen 19
Versammlung über die bisherigen Erfahrungen mit der Hautimpfmethode Ponndorf 451
Wiener Dermatologische Gesellschaft 25, 61, 139, 305, 349, 430, 476

Fachzeitschriften.

Actas dermo-sifiliográficas 65, 188, 385
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 160, 612
Annales des Maladies Vénériennes 187, 578
Archives of Dermatology and Syphilology 160, 339, 434, 551

1361391

Digitized by Google

Seite

Archiv für Dermatologie und Syphilis 143, 212, 257, 351, 545
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 93, 117
Ceská Dermatologie 167, 382
Dermatologische Zeitschrift 240, 336, 577
Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle 353
Proceedings of the Royal Society of Medicine 64
The American Journal of Syphilis 479
The British Journal of Dermatology and Syphilis 166, 453
The Journal of Urology 404
The Urologic and Cutaneous Review 186, 431, 500
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 192
Zeitschrift für Urologie 598
Zeitschrift für urologische Chirurgie 190, 358, 406, 452

Personalien: 32, 80, 128, 152, 200, 272, 296, 344, 368, 416, 440, 465, 536, 560, 584.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

7. Januar 1922 | Nr. 1 | Band 74

Aus der Universitäts-Hautklinik Hamburg und dem Dermatologikum Prof. Dr. Unna.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Ichthyosis hystrix.

Von

Dr. Wilhelm Blotevogel.

Mit 8 Abbildungen im Text.

Fälle von Ichthyosis hystrix sind in den letzten Jahren in der Literatur selten beschrieben worden. Im vergangenen Jahre kam in der Universitätshautklinik des Eppendorfer Krankenhauses ein Fall dieser Erkrankung zur Beobachtung, der sich vor allem durch einen interessanten histologischen Befund auszeichnete.

8jähr. Knabe v. H. Familienanamnese ohne Besonderheit. Pat. selbst ist bereits mit über den ganzen Körper ausgedehnten kleieartigen Schuppen geboren. Die ärztliche Behandlung brachte mehrere Male vorübergehende Besserung, aber keine Heilung. 1915 Behandlung in der Privatklinik Prof. Unna. Nach 6 Wochen bis auf einige kleine Schuppen geheilt. Während dieser Zeit Wasserpocken und Lungenentzündung. $^1/_2$ Jahr später entstanden nach und nach in den Handtellern, auf den Fußsohlen und über den Kniescheiben hornige Verdickungen. Interkurrent bekam Pat. Scharlach, wobei der ganze Körper stark schuppte. Die Schuppen sollen in großen Stücken abgefallen sein. Trotzdem ging die Bildung der Hornmassen weiter. Daher jetzt Krankenhausaufnahme.

Befund: 8jähr. Knabe. Geistig und körperlich normal entwickelt. Innere Organe o. B.

Blutbefund: Hämoglobin 92%, Erythrozyten 4800000, Leukozyten 8200, davon neutrophile polymorphkernige 55%, eosinophile 2%, große mononukleäre und Übergangsformen 2%, Lymphozyten 41%.

Hautbefund: Fast die ganze Haut des Körpers ist ichthyotisch verändert (Abb. 1 und 2). Klinisch erscheint sie ohne Veränderungen im Gesicht und auf dem behaarten Kopf mit Ausnahme der Ohrmuscheln und einer diese umgebenden 3—5 cm breiten Zone.

Den niedrigsten Grad der Erkrankung (Ichthyosis simplex) zeigen die oberen und unteren Schlüsselbeingruben, die Haut des oberen Teiles des Rückens bis zum unteren Schulterblattwinkel, die untere Hälfte der Streckseiten und die Mitte der Beugeseiten der Unterarme, die Nates mit Ausnahme der Analfalte und der Partie über den Tubera ischii, die Waden, die Streckseiten der Unterschenkel, die Mitten der Hand- und Fußrücken. An diesen Stellen ist die Haut rauh und trocken.

Bildung feinster, hell- bis dunkelgrauer Hornplättchen (Ichthyosis nitida) findet sich an den Ohren und der sie umgebenden oben erwähnten Zone, auf der Brust, auf den Streck- und Beugeseiten der Oberarme, im oberen Drittel der Streck- und Beugeseiten der Unterarme, sowie in der Mitte der Streck- und Beugeseiten der Oberschenkel, am Penis und am Skrotum.

Hell- bis dunkelbraune, kleiige, bis linsengroße, von quer verlaufenden Furchen durchzogene Schuppen (Ichthyosis serpentina) finden sich kragenförmig um den Hals, um den oberen Teil der Oberarme, in der Achselhöhle (hier in der Mitte unterbrochen von einer fünfmarkstückgroßen Partie, wo die Hornmassen abgestoßen sind, und frische, rote, scheinbar normale Haut zutage tritt), in der Lendengegend, im oberen Teil der Streckseiten der Oberschenkel, über den Tubera ischii und in der Analfalte, sowie auf der rechten Kniescheibe.

Digitized by Google

Leichte Hystrixbildung, d. h. grau-schwarze Hornprismen von 2—4 mm Höhe, $^1/_2$—1 mm Breite und 1—3 mm Länge, an den Gelenkbeugen den Hautfurchen ent-

Abb. 1.

Abb. 2.

Digitized by Google

sprechend zu regelmäßigen Querleisten aneinander gereiht, findet sich an den Ellenbogen, in den Ellenbeugen, zu beiden Seiten der Kniekehlen, am Nabel. Die Hornleistchen sind durch quere, weniger tiefe, seltener sie ganz durch trennende Einschnitte in Stückchen geteilt.

Sehr schwere Veränderungen der Hornschicht (ausgesprochenste Hystrixbildung) finden sich an den Palmae manuum (Abb. 3) und Plantae pedum (Abb. 4). sowie über sie hinaus im unteren Teile der Beugeseiten der Unterarme, an der Achillessehne, an Beuge- und Streckseiten der Finger und Zehen und an den Rändern der Hand- und

Abb. 3.

Fußrücken, auf diesen nur die Mitte freilassend. An diesen Stellen, besonders aber an der Beugeseite der Finger, ist die Hornschicht stalaktitenartig zu Hörnern von 3 bis 7 mm Höhe und 4—9 mm Breite verdichtet, die an den Fingern meist der Mitte einer Phalanx aufsitzen, während sich entsprechend den Gelenkfalten und den Hautfurchen der Hohlhand tiefe und oberflächliche Risse und Sprünge finden. An den Fußsohlen finden sich mächtige hornige Platten, die wiederum durch Risse und Sprünge in zahlreiche eckige und längliche Felder geteilt werden.

Nach außen hin nehmen die Hornmassen allmählich an Dicke ab und setzen sich am äußeren Hautrande, indem sie sich wallartig über das Niveau der übrigen Haut erheben, mit scharfer Grenze ab. Die Nägel erscheinen rissig und durch Hornmassen von

Digitized by Google

ihrer Unterlage abgehoben. Zwischen den Hornprismen, den Hörnern und Platten vereinzelte Lanugohärchen.

Die Hornmassen sind nicht empfindlich.

Die Bewegungfähigkeit der Finger und Zehen ist durch die mächtigen Hornmassen stark beeinträchtigt.

Im Schwitzkasten steigt die Temperatur von 37,1 auf 37,9. Nach 20 Minuten erscheint das Gesicht gerötet; im Gesicht und auf dem behaarten Kopf vereinzelt Schweißtropfen. Andeutungen von Schweiß an den freien Stellen der Achselhöhle sowie zwischen den Schulterblättern. Der ganze übrige Körper ist völlig trocken.

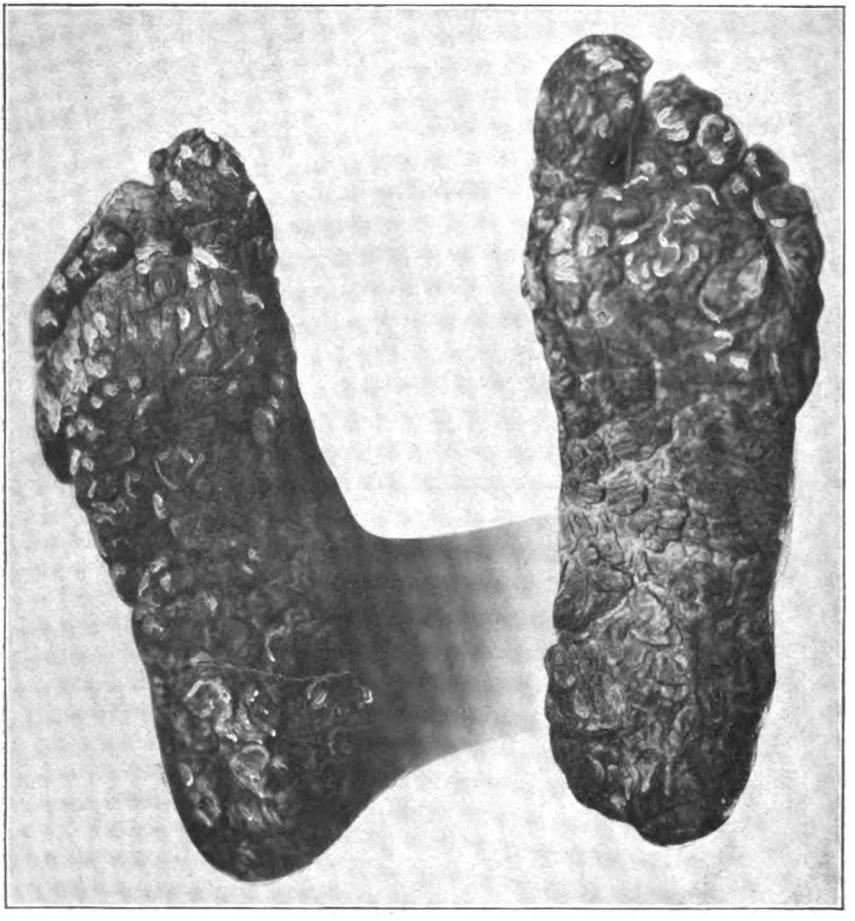


Abb. 4.

Diagnose: Ichthyosis nitida, serpentina et hystrix.

Bevor ich auf das histologische Bild dieses Falles eingehe, möchte ich noch zwei Fälle erwähnen, die Hutchinson in Band 6 (1895) seines Archives of surgery erwähnt, und die, wie so viele seiner ausgezeichneten Publikationen, in Deutschland ziemlich unbekannt sind.

Digitized by Google

In der Einleitung des oben erwähnten Bandes sagt er unter der Überschrift: Ichthyosis, die ein Auswachsen in Hörner zur Folge hat, folgendes:

„In der 10. Auflage von Cruveilhiers Atlas of Pathologie stieß ich auf das Bild einer durch hornige Auswüchse so außerordentlich deformierten Hand, daß die letztere kaum zu erkennen war. Die Skizze war nach einer amputierten Hand gezeichnet, aber Cruveilhier war bei der Veröffentlichung nicht imstande, eine Beschreibung des Falles zu geben, und er konnte kein der wahren Natur der Erkrankung nahekommendes

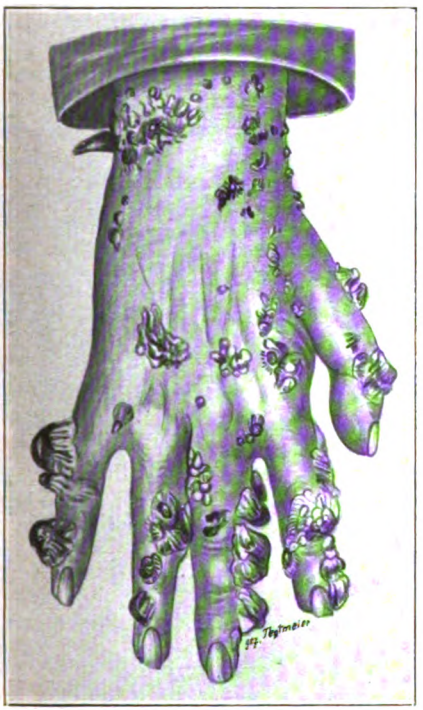


Abb. 5.

Abb. 6.

(Gezeichnet nach Hutchinson, Archives of surgery, Bd. 6, Bild 121 u. 122.)

Bild geben. Ich habe versucht, diese einzigartige Hand durch die Seitenansicht einer Knabenhand, die von Dr. Radcliffe Crocker veröffentlicht ist, zu erläutern. In diesem letzteren Falle sieht man in Verbindung mit kongenitaler Ichthyosis eine Anzahl Hörner an verschiedenen Teilen der Hand. Ich sah im Wiener Hospital ein Mädchen, bei dem ein ähnlicher Zustand vorlag, und ein Fall, der mir von meinem Sohn zu einer klinischen Demonstration zugesandt wurde, zeigte wiederum eine sehr entschiedene Neigung zur Hörnerbildung. So haben wir drei Fälle zum Beweis dafür, daß kongenitale Ichthyosis in einigen Fällen das Bestreben zeigt, Hörner hervorzubringen, besonders an den Händen, und

Digitized by Google

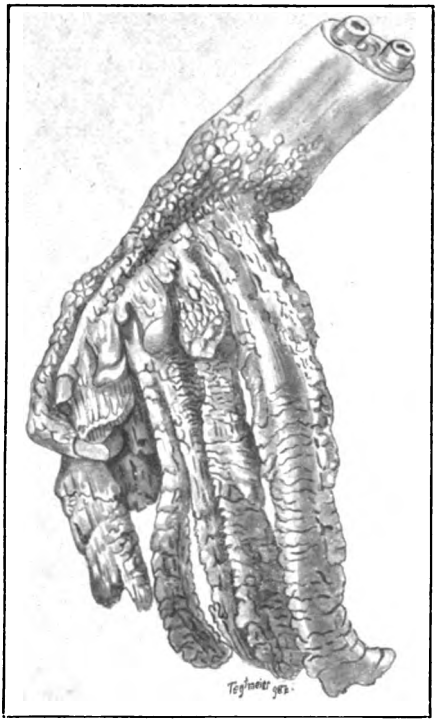


Abb. 7.
(Gezeichnet nach HUTCHINSON, Archives of surgery, Bd. 6, Bild 123.)

Abb. 8a.
Zellen, die sich als Ganzes besonders stark und gleichmäßig mit Hämatoxylin färben.

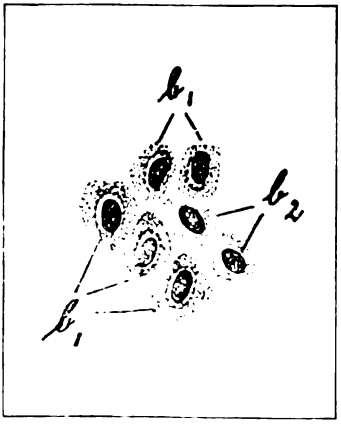


Abb. 8b.
Besonders große Körnerzellen b_1 mit Körnern, b_2 mit Fasermassen.

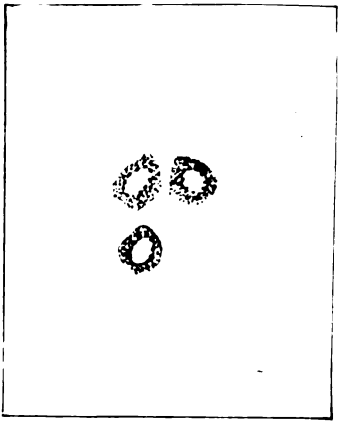


Abb. 8c.
Körnerzellen mit leerer Körnerhöhle.

Digitized by Google

ferner, daß solche Hörner zahlreich vorhanden sind. Scheint es da nicht einleuchtend, daß Cruveilhiers Bild den Endzustand von ichthyotischen Hörnern darstellt, die ohne Behandlung geblieben sind? Es ist deutlich die Hand eines Erwachsenen, und während zugegeben werden muß, daß keiner der anderen Fälle ihm in letzter Linie in bezug auf die Größe, zu der die Hörner sich entwickelt haben, nahekommt, so muß man daran erinnern, daß die Träger dieser bis jetzt alle kleine Kinder waren. Wir danken Cruveilhier und Radcliffe Crocker, daß sie sich die Mühe gegeben haben, Bilder zu veröffentlichen, welche es uns ermöglichen, einen Zustand zu indentifizieren und zu benennen, der anderenfalls unserer Kenntnis entgangen oder unter die besonderen Seltenheiten eingereiht wäre."

Zu den folgenden, den Archives of surgery entnommenen Bildern bemerkt Hutchinson:

Zu Bild 121 (Abb. 5):

Dieses Bild, welches nach einer Veröffentlichung von Dr. Radcliffe Crocker in Band 12 der Clinical Societys Transactions gezeichnet ist, illustriert das Wachstum von Hörnern an der Hand in Verbindung mit Ichthyosis. Der Pat. war ein Knabe und die Erkrankung war angeboren. Obwohl sie sehr ausgedehnt war, war sie nicht allgemein, da sie mehr oder weniger strecken- und flächenartig angeordnet war. Es kann beobachtet werden, daß der Teil der Haut zwischen den Hörnern gesund zu sein scheint. Ich habe dies bei dieser Gelegenheit angeführt, in dem Glauben, möglicherweise das erste Stadium derselben Krankheit zu zeigen, die Cruveilhiers Bild sehr viel mehr vorgeschritten zeigt. Der Zeigefinger von Dr. Crockers Pat. mag zweckmäßig mit dem Daumen im anderen Bild verglichen werden. Die Hörner zeigten den Bau der Epidermis.

Zu Bild 122 und 123 (Abb. 6 und 7):

„Diese Bilder, gezeichnet nach einem Stich in Cruveilhiers Altlas, stellen die Hand eines Pat. dar, von dem keine Vorgeschichte zu erhalten war. Ein ganz außergewöhnlicher Zustand war zustande gekommen, offenbar durch Veränderungen der Epidermis bei einem ichthyotischem Geschlecht. Die Finger sind kaum zu erkennen, und man kann sehen, daß die längsten Auswüchse horniger Natur sind, die aus den Handflächen herauswachsen. Man sieht den Daumen bedeckt mit Epidermisverlängerungen, von denen einige über den Nagelrand vorspringen. Der Nagel des Zeigefingers ist verkümmert, und die Haut ist stark befallen gleich wie die des Daumens, nur weniger schwer. Der Mittelfinger hat eine sehr stark verlängerte Kuppe, offenbar durch die Einschließung seines Nagels und seines ganzen Markes in hornigen Auswuchs. Der Ring- und kleine Finger sind in derselben Weise befallen wie Daumen und Zeigefinger. Die größten Auswüchse scheinen von der Hohlhand auszugehen. Mutmaßlich handelt es sich um einen Fall von kongenitaler Ichthyosis, der vernachlässigt worden war und bei dem der Pat. das Alter eines Erwachsenen erreicht hatte."

Die mikroskopische Untersuchung einer Hystrixstelle vom Ellenbogen unseres Falles ergab bei Färbung mit Hämatoxylin van Gieson folgendes Bild.

Digitized by Google

Verhältnis der Schichten.

Die Hornschicht ist stark verdickt, die Stachelschicht ist gegenüber der Norm ebenfalls etwas verdickt, aber bei weitem nicht in demselben Maße wie die Hornschicht. Die Papillen sind schmal und zum Teil stark verlängert. Die interpapillären Zapfen sind ebenfalls verlängert und teils schmal, teils folgen auf einige schmälere wieder etwas breitere. Die Tiefe ihres Eindringens entspricht nicht immer der Höhe der Papillen, da die stark gefaltete Hornschicht sich manchmal tief in sie einsenkt. Die Grenzlinie zwischen Stachelschicht und Papillarkörper ist eine steilgipflige Kurve, noch steilgipfliger ist die Kurve zwischen Hornschicht und Stachelschicht. Oft entspricht einem Gipfel der unteren Kurve ein solcher der oberen, oft entsprechen aber mehrere papilläre Erhebungen einer einzigen Erhebung der Stachelschicht.

Hornschicht.

Die Hornschicht zeigt auf den Schnitten den Bau mächtiger zylindrischer Hornmassen, die durch tiefe Furchen voneinander getrennt sind. Die Hornsäulen zeigen lamellösen Bau. Im Bau der Hornschicht kann man zwei Strukturen unterscheiden. An den Stellen, wo sich die Hornschicht tief zwischen die Papillen einsenkt, zeigt sie die Form ineinander steckender Trichter. An diesen Stellen finden sich in dem der Körnerschicht am nächsten liegenden Teile Kerne und Kernbröckel; in den darüber liegenden Schichten nimmt die Hornschicht ein mehr homogenes Aussehen an, das unterbrochen wird von Schollen, die z. T. Ballen von homogener Beschaffenheit zeigen; zuweilen findet man sogar kleine Hornperlen eingesprengt.

Anders ist die Struktur der Hornmassen oberhalb der Papillen. Über diesen erhebt sich kuppelförmig eine dichte Hornmasse, deren einzelne Bestandteile sehr fest aneinander geschweißt sind, so daß die Grenzen der einzelnen, die Kuppeln bildenden Hornschirme nur undeutlich und oft gar nicht zu erkennen sind. Die Hornkuppeln sind in ihrer ganzen Länge gleichmäßig von Kernen und Kernmassen durchsetzt. Da die über den Horntrichtern befindlichen Hornmassen höchstens in den untersten Lagen einzelne Kerne zeigen, die Hornschicht über den Papillenköpfen dagegen gleichmäßig zerstreut Kerne aufweist, so zeigt also die Hornschicht abwechselnd kernhaltige und kernlose Streifen, erstere über den Papillenköpfen, letztere über den Horntrichtern.

Körnerschicht (Abb. 8a, 8b u. 8c).

Das Stratum granulosum zeigt keinen normalen Bau, sondern bildet eine aus mehreren Zellenlagen bestehende Schicht, unter deren Zellen wir drei verschiedene Formen unterscheiden können. Nächst der Hornschicht sieht man einzelne, vergrößerte und sich mit Hämatoxylin als Ganzes besonders stark und gleichmäßig färbende Zellen (Abb. 8a), an denen schon wegen dieser starken Färbung keine Struktur zu erkennen ist. In überwiegender Menge sieht man aber andere Zellen, die deutlich den Charakter von besonders großen Körnerzellen an sich tragen (Abb. 8b).

Digitized by Google

Unter diesen Zellen sind aber wieder Unterschiede in bezug auf die Menge der Körner (b_1), und zwar zeigen sich an den wenig körnerhaltigen Zellen eigentümliche, ebenfalls mit Hämatoxylin, aber schwächer gefärbte Fasermassen (b_2). In einer geringeren Anzahl findet man eine dritte Form von Zellen (Abb. 8c), welche neben einer leeren Kernhöhle einen Inhalt von Körnern aufweisen, die ganz normalen Eindruck machen, d. h. von der Mitte zum Rand an Stärke abnehmen.

Kurz zusammengefaßt haben wir in der Körnerschicht neben einer geringeren Anzahl normaler Körnerzellen einerseits eine Vergrößerung der Körnerzellen mit Einschluß von Fasern und Übergänge von diesen zu den normalen Körnerzellen, andererseits Zellen, an welchen durch Füllung mit einer homogen sich färbenden Substanz der Charakter der Körnerzellen ganz verwischt ist. Diese liegen dicht angepreßt an die Hornschicht, während die normalen Körnerzellen sich an die Stachelschicht anschmiegen und die Form der vergrößerten fasertragenden Zellen eine mittlere Zone einnimmt. Es scheint mithin, daß hier, und zwar über die ganze Breite des Schnittes ausgedehnt, eine mit der Verhornung parallel gehende, abnorme Entartung des Keratohyalins stattfindet.

(Schluß folgt.)

Aus der Universitäts-Hautklinik in Freiburg i. Br. (Direktor: Prof. G. A. Rost).

Lichen planus und lichenoide Arsendermatitis.

Von

Dr. Philipp Keller, 2. Assistent.

In der letzten Zeit sind nach Salvarsan mehrere dem Lichen planus ähnliche Hauterkrankungen mitgeteilt worden. Queyrat, Louis und Rabut berichten von einem histologisch bestätigten Lichen planus der Zunge, der unter Behandlung mit Salvarsanersatzstoffen (Galyl, Sanar) gleichzeitig mit rezidivierenden, akuten, juckenden und mit Pigmentierung abheilenden Erythemen der Haut auftrat. Aus der Klinik Jadassohn teilt Kleeberg einen Fall von Lues III mit, der am Ende einer dritten kombinierten Kur typischem Lichen planus ähnliche Effloreszenzen auf Handrücken und Wangenschleimhaut bekam. Buschke und Freymann beschreiben gleich drei Fälle, die sie kurz hintereinander beobachteten: 1. bei einem Mann nach Neosalvarsan eine Dermatitis, die übergeht in herdförmige, rötlichbraune Hautveränderungen, die neben Pigment polygonale glänzende Knötchen, zum Teil in Ringform, aufweisen; histologisch ist der Befund für Lichen planus nicht charakteristisch, auffallend ist eine Neigung zur Hyperkeratose trotz starker kutaner Entzündungsprozesse; 2. eine Frau zeigt nach einer schweren Salvarsandermatitis am Stamm neben diffuser Pigmentierung zahlreiche Lichenknötchen; histologisch ist das mononukleäre, nach unten scharf abgesetzte Infiltrat nebst geringer Hyperkeratose dem Lichen planus ähnlich; 3. bei dem dritten Fall tritt ohne vorangegangene Dermatitis, aber gleichzeitig mit Ikterus ein auf

Digitized by Google

die Streckseiten der Extremitäten beschränktes Exanthem auf aus follikulär sitzenden, entzündlichen, glänzenden Knötchen in zum Teil kreisförmiger und strichförmiger Anordnung. Daneben zeigen sich aber auch mit der Zeit follikuläre Pusteln und auch über die Follikel hinausragende Flecke. Binnen 18 Tagen ist die Affektion wieder zurückgegangen. Von ebensowenig ausgeprägter Ähnlichkeit wie der klinische ist der histologische Befund: geringe polynukleäre Infiltration unter einer etwas verdickten Epidermis. Für alle drei Fälle wird hervorgehoben das mangelnde Jucken, die geringe Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und das Fehlen einer zentralen Delle in den Lichenpapeln.

Schließlich stellte HOFFMANN in der Niederrheinischen Gesellschaft neuerdings einen Lichen planus des Körpers und der Wangenschleimhaut vor, der, nach einer Salvarsankur aufgetreten, sich weiterhin durch Salvarsan nicht beeinflussen ließ, sondern nur noch gesteigert wurde; der histologische Befund war typisch. Obwohl nicht genetisch mit Salvarsan in Beziehung gebracht, dürfte dieser Fall doch hier seine Stellung finden. Nach Abschluß der Arbeit wird im Derm. Zbl., Bd. 2, H. 9, S. 426 veröffentlicht, daß SCHÄFER am 29. VI. 1921 in der Schles. Dermatol. Gesellschaft einen Fall von exfoliativer Arsendermatitis und Hyperkeratose vorgestellt hat, der sich durch Lichen-planus-ähnliche Munderscheinungen auf der ganzen Wangenschleimhaut und Zungenoberfläche auszeichnete.

Wir vermögen ebenfalls einen einschlägigen Fall zu berichten, der uns vor allem wegen seiner ausgesprochenen klinischen und histologischen Lichen-planus-Ähnlichkeit bei Salvarsangenese erwähnenswert erscheint.

Frl. E. M., 26jähr., machte wegen Lues II ihre erste kombinierte Kur im Dezember 1920 (achtmal Dos. III Natr.-Salv., acht Hg salicyl.). Anfang April 1921 wurde bei negativer WR die zweite Kur begonnen; nach der zweiten Salvarsanspritze trat eine Dermatitis ein, die unter Zinköl und Salben sich besserte, aber nicht völlig abheilte. Am 4. VI. suchte Pat. deshalb die hiesige Hautklinik auf. Bei der Aufnahme ist die Haut des Rumpfes, der Extremitäten, des Gesichts mit braunrötlichen, bohnengroßen, zum Teil konfluierenden Flecken übersäht. Lamellöse Abschuppung. Jucken, das im Beginn der Erkrankung bestanden hat, besteht nicht mehr. Mundschleimhaut ohne Befund. Innere Organe ohne Befund. WR —. Unregelmäßige Temperaturen bis 38,2°. Eine Probeexzision vom linken Unterarm ergibt am 10. VI. ein mäßiges, uncharakteristisches, mononukleäres, plasmazellenfreies Infiltrat, das vorzüglich in dem papillären Anteil der Kutis perivaskulär sitzt, perifollikulär tiefer herabsteigt. Die Hornschicht ist leicht verdickt, aber nicht kompakt, sondern besteht aus einzelnen aneinandergelagerten Blättern; in den Follikeln Hornpfröpfe; nichts von Parakeratose. Sonst ist die Epidermis intakt; höchstens perifollikulär geringe Akanthose; dort besteht auch Ödem der Papillen.

Unter Salizylvaselin bildet sich die Schuppung zurück; es bleibt aber noch ein eigentümlich dunkelroter Ton der Hautfärbung zurück. Am 2. VII. ist das Krankheitsbild deutlich hervorgetreten; neben der diffusen sepiabraunen Pigmentierung, die netzförmig um etwa linsengroße weißere Hautstellen angeordnet ist, ist ein weiteres Netz von lachsroten, zu Bögen konfluierten Knötchen vorhanden, die flach, polygonal begrenzt sind und glänzen; eine Dellenbildung ist nicht nachzuweisen. Befallen sind Gesicht, Nacken, der ganze Rumpf, die Extremitäten; die Hohlhände außer den Daumenballen sind frei, ebenso die Streckseiten der Oberarme, die Fußsohlen. Auffallend gering befallen sind die Streckseiten der Unterschenkel bis zum Fußrücken. Jucken besteht nicht; das Allgemeinbefinden ist gut; die Temperaturen sind wieder normal. Der behaarte Kopf ist frei, mit seborrhoischen Schuppen bedeckt; mäßiger diffuser Haarausfall. Am harten Gaumen zwei porzellanweiße, glänzende, netzförmige Flecke, ebensolcher an der linken Wangenschleimhaut in der Höhe des letzten unteren Molaren. Keine Hyperkeratose der Hohlhände, kein Lichen pilaris.

Eine Probeexzision vom 13. VII. aus dem rechten Oberarm ergibt ein gleichmäßiges, scharf mit dem subpapillären Gefäßnetz nach unten geradlinig abschneidendes Infiltrat

Digitized by Google

aus mononukleären Zellen ohne Plasmazellen; Mastzellen in gewöhnlicher Zahl. Epidermis im ganzen nicht verbreitert, wohl aber die Körnerschicht, stellenweise bis zu fünf Schichten, und die dichte und kompakte Hornschicht. Einige Retezellen färben sich in ihrem Protoplasma intensiv mit Eosin (kolloide Degeneration). In der Basalschicht Ödem, sowohl intra- wie interzellulär. An vereinzelten Stellen, meist auf der Höhe der Papeln, ist die Exsudatbildung so stark, daß Bläschen auftreten, in denen die an die Wand gedrückten degenerierten Basalzellen liegen. Die Bläschen scheinen sich zum Teil durch enorme Steigerung eines intrazellulären Ödems (altération cavitaire) entwickelt zu haben. Auch die Reteleisten sind von Spongiose und altération cavitaire vor allem betroffen und unterliegen der bei Lichen planus eigentümlichen Aufhellung, Einwanderung von Zellen und damit Verschwinden unter der kleinzelligen Infiltration. Pigment feinkörnig in den Basalzellen, grobschollig in den erwähnten Bläschen, ferner in Chromatophoren inmitten des Infiltrats.

Eine Probeexzision ebenfalls vom 13. VII. aus der Gaumenschleimhaut ergab: Auftreten einer Körnerschicht, darüber kernlose dichte Hornschicht. Im Papillarkörper ein nach unten scharf begrenztes Infiltrat aus mononukleären Zellen, wenig Mastzellen und Leukozyten.

Der Verlauf der Erkrankung ist, daß sich ohne besondere Therapie die Knötchen vermindern; an ihrer Stelle tritt Pigment auf. Am 20. IX. ist Pat. noch allenthalben stark verfärbt; frei ist die Mundpartie des Gesichts, die Hohlhand, die Fußsohle, die Oberarmstreckseiten. Überall besteht noch die sepiabraune Pigmentierung, deren netzförmige Anordnung beim Spannen der Haut deutlich wird; im Gesicht, hinter den Ohren noch vereinzelt Knötchen; überall, auch dort, wo die Knötchen schon verschwunden sind, glänzt die Haut noch eigentümlich. Die Veränderungen der Mundschleimhaut sind abgeheilt. Die Exzisionswunden für die histologische Untersuchung sind unter Keloidbildung vernarbt, obwohl die Heilung primär war.

Der gesamte klinische und histologische Befund berechtigte wohl zunächst vollkommen zu der Diagnose: Lichen planus. Sowohl das einförmige Knötchenexanthem wie der Typus des Knötchens selbst: polygonal, glänzend, braunrot, nicht schuppend; ferner die charakteristischen Schleimhautveränderungen, die Lokalisation wie auch der histologische Befund sind mit typischem Lichen planus in Übereinstimmung.

Das fehlende Jucken schien uns allein nicht zu genügen, um die Diagnose zweifelhaft zu machen; ein Fall von typischem universellem und akutem Lichen planus, der jedenfalls nicht durch Salvarsan bedingt war, und der sich bei völlig unbeeinträchtigtem Allgemeinbefinden durch ganz geringfügiges Jucken auszeichnete, ist mir aus dem Aachener Mariahilfkrankenhaus (Chefarzt Dr. Paulus) noch in Erinnerung. Daß das Jucken bisweilen völlig fehlen kann, betonen auch Darier, Brocq, um nur einige Gewährsmänner zu zitieren.

Auch die Dellenbildung des einzelnen Knötchens scheint nicht zu den für die Krankheit absolut notwendigen Bedingungen zu gehören; nach Pinkus hat das ursprüngliche Knötchen keine Delle, diese entsteht erst durch das Ausfallen eines eventuell vorhandenen follikulären Hornpfropfs. Darier erwähnt sie in seinem Lehrbuch nur als manchmal vorhanden. Lesser beschreibt sie als einen regressiven Vorgang, der erst von einer gewissen Größe der Papel an auftreten kann, aber nicht muß.

Der histologische Befund war, wie erwähnt, ebenfalls für Lichen planus charakteristisch; die an einzelnen Stellen zwischen Infiltrat und Basalzellenschicht auftretende Exsudation ist nach Jadassohn sowohl bei mit Arsen behandelten, entzündlich gesteigerten Planusknötchen als auch bei unbehandelten beobachtet worden. Als Folge einer Arsenreizung bei Lichen planus bis zur Steigerung zu pemphigoider Abartung erwähnt

Digitized by Google

sie auch KREIBICH. CIVATTE beschreibt diese Lückenbildung gleichfalls bei der normalen Histologie des Knötchens (nach BROCQ).

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß der von uns geschilderte Fall als echter Lichen planus hätte angesprochen werden können. Genetisch konnte man dann annehmen, daß die Krankheit durch das Salvarsan, sei es auf dem Wege über die Dermatitis, sei es über eine anderswo gelegene Zellschädigung (inkretorische Drüsen), provoziert worden sei.

In Hinsicht aber auf die eingangs erwähnten Fälle von stufenweise mehr oder minder dem Lichen planus ähnlichen Hauterscheinungen nach Salvarsan, und zwar auch ohne Dermatitis, können wir uns trotz aller klinischen Ähnlichkeit auf die Diagnose Lichen planus nicht festlegen. Denn gerade für die kausal-genetische Betrachtungsweise (ROST[1])) sind die erkennbaren ätiologischen Momente einer Hauterkrankung weit wichtiger als die morphologischen. Ist dann einmal ein morphologisch übereinstimmendes Krankheitsbild aus kausalen Gründen zerlegt, so finden sich auch mit der Zeit morphologische Differenzen heraus, die später auch schon klinisch eine Unterscheidung der beiden neuen, ursprünglich zusammengeworfenen Erkrankungen gestatten.

Von diesem Gesichtspunkt müssen wir unseren Fall den eingangs erwähnten Fällen von Arsendermatitiden anschließen, auch wenn er unter ihnen mit die ausgesprochenste Ähnlichkeit mit Lichen planus besitzt. Die Fälle sind bereits zu zahlreich, als daß man jedesmal eine Provokation eines latenten Lichen planus oder eine Steigerung der makroskopisch noch nicht sichtbaren Erscheinungen bis zur Sichtbarkeit analog den anfänglichen Reizwirkungen des Arsens auf echten Lichen planus annehmen könnte. Bei unserem Fall war auch einen Monat vor dem Auftreten der lichenoiden Erscheinungen histologisch absolut nichts vorhanden, was auf Lichen planus hätte hindeuten können.

Diese eigentümliche lichenoide Arsendermatitis scheint meist mit der Arsenmelanose kombiniert vorzukommen, vielleicht ist sie nur ein eigentümlich stark hervortretendes Initialstadium dieser Arsenmelanose. Freilich ist sie auch hier recht selten; in der Zusammenstellung STAHLS über Arsenmelanose (1916) ist sie in dieser Form nicht erwähnt. Histologische Untersuchungen liegen wenig vor. GANS findet als Grundlage eines Falles von Arsenmelanose einen Prozeß, der charakterisiert ist durch eine leichte Hyperkeratose, Atrophie der Stachelschicht, Ödem des Papillarkörpers, perivaskuläre Infiltrate und eine scharfe Begrenzung nach der Kutis hin; er vergleicht selbst die Veränderungen mit denen bei Lichenaffektionen. HELLER hat bei Arsenmelanose nach Neosalvarsan ebenfalls histologische Bilder gesehen, die ihn wegen des oberflächlichen gleichmäßigen Infiltrats an die bei Lichenifikation der Haut erinnern. HABERMANN zitiert noch die Befunde BROOKES und ROBERTS, die bei Arsentoxikosen auch lichenartige Veränderungen gesehen haben mit Vakuolisierung der Retezellen und kleinzelligen Infiltraten in der Papillarschicht.

An dieser Stelle muß kurz die differentialdiagnostische Abgrenzung gegen die Melanodermitis toxica lichenoides (HOFFMANN), die Kriegsmelanosen und melanotischen Schmieröl- bezw. Salbenschädigungen

[1]) Arch. f. Derm., 1921, Kongreßband.

Digitized by Google

berührt werden, von denen in Habermanns Zusammenfassung die oft große Ähnlichkeit mit der Arsenmelanose betont wird. Unsere Patientin hat wohl zur Behandlung ihrer akuten Salvarsandermatitis Salbe gebraucht, aber die auch histologisch bestätigten Herde auf der Mundschleimhaut scheiden diese Ätiologie wohl aus.

Alles in allem handelt es sich bei unserem Fall also um ein Krankheitsbild, das morphologisch und klinisch mit Lichen planus identifiziert werden konnte, wenn nicht die Genese im Zusammenhang mit den erwähnten Fällen auf eine bestimmte Ätiologie hingewiesen hätte: auf eine lichenoide Arsen- oder vielleicht auch nur Salvarsandermatitis. Die geringen abweichenden morphologischen Momente gewinnen jetzt an Bedeutung; in Zukunft ist darauf zu achten, ob tatsächlich diese lichenoiden Arsendermatitiden ohne Jucken, ohne eine Dellenbildung der Papeln und unter Neigung zur spontanen Rückbildung verlaufen.

Ohne mich in weitläufige Theorien einzulassen, wie diese ätiologisch verschiedenen Erkrankungen zu den gleichen Erscheinungsbildern kommen, möchte ich nur meine Vermutung im Sinne der erwähnten kausal-genetischen Betrachtungsweise dahin äußern, daß das Arsen und die essentielle Noxe des Lichen planus dieselben Zellkomplexe, ja vielleicht nur dieselbe Zellart zum Hauptangriffspunkt haben. Auf der Störung der Funktionen dieser gleichen Zellart und auf ihren konsekutiven Reaktionen des Nachbargewebes beruht dann einmal das gleiche morphologische Bild eines Lichen planus und einer lichenoiden Arsendermatitis, dann aber auch die therapeutische Beeinflussung des Lichen planus durch das Arsen, das imstande ist, die pathologischen Schädigungen der Lichennoxe an einer morphologisch grundlegenden Stelle zu beeinflussen. Daß ein Heilmittel je nach der Höhe der Dosis die entgegengesetzten Wirkungen, Steigerung und Herabsetzung der Leistung auf die eingestellte Zelle, haben kann, ist bekannt.

Als gemeinschaftlicher Angriffspunkt käme die Basalzellenschicht in Frage, zu der das Arsen eine starke Affinität hat (Kirkby, nach Gans), was sich ja schon in einer Beeinflussung akanthotischer Zustände (Psoriasis) der Haut im Sinne einer Hemmung der gesteigerten Reproduktion der Basalzellenschicht kundtut. Daß auch bei Lichen planus gerade die Basalzellenschicht zu den geschädigtsten Zellgruppen gehört, zeigt die anfängliche Akanthose, später Verschmälerung des Rete, ferner die an ihrer Grenze am höchsten gesteigerten Exsudationsvorgänge und schließlich die Störungen des in ihnen gebildeten Pigments.

Literatur.

Queyrat, Louis und Rabut, Bull. de la soc. franç. de derm., 1921, Nr. 2 (Ref.: Zbl. I. 367, Derm. W., 1921, S. 831). — Kleeberg, Ther. Hmh., 1921, S. 370. — Buschke-Freymann, M. Kl., 1921, S. 899. — Diskussion Berl. Derm. Ges., 10. V. 1921, Zbl. I. 553. — Buschke-Freymann, Derm. W., 1921, S. 945. — Hoffmann, Bonn. Niederrh. Ges., 9. V. 1921 (D. m. W., 1921, S. 1079). — Stahl, Derm. W., 1916, S. 963. — Gans, Zieglers Beiträge, 1915, Bd. 60, Nr. 22. — Darier, Grundriß. — Brocq, Prat. derm., III. — Pinkus, Haut- u. Geschlechtskrkh., S. 98. — Lesser, Hautkrkh., 2. Aufl., S. 50. — Jadassohn, Kaposi-Festschrift, 1900. — Kreibich, Hautkrkh., S. 174. — Heller, B. kl. W., 1918, S. 1093. — Habermann, Derm. Zschr., 1920, Bd. 30, S. 62.

Digitized by Google

Aus der äußeren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt
(leitender Arzt: Prof. Dr. Werther).

Erfahrungen mit Mirion.

Von

Dr. H. Gaertner, Hilfsarzt.

Unter dem Titel „Neue Wege in der Syphilistherapie" erschienen in der W. kl. W., Nr. 10 u. 21, zwei Arbeiten von Fröhlich, J. Kyrle und H. Panner, die uns die ersten Erfahrungen mit dem von Benkö erfundenen Mittel „Mirion" brachten.

Danach halten die Autoren das Mittel für ein Spezifikum gegen Syphilis, ähnlich dem Salvarsan, und führen für ihre Behauptungen folgende Beweisgründe an:

1. Mirion verursacht schon bei Injektion kleiner Mengen eine ausgesprochene Herxheimer-Jarisch-Reaktion.
2. Eine negativ gewordene oder noch negative WR wird unter Mirion positiv.
3. Die WR wird unter Mirionbehandlung später aber anhaltender negativ.
4. Das wirksame Jod wird in den Zellen des Krankheitsherdes in größeren Mengen gebunden als in gesunden Zellen, und zwar im Verhältnis 1 : 26 bis 1 : 78.

Die Erfahrungen der Autoren gründen sich auf die Beobachtungen von 6000 Injektionen bei fast 400 Pat.

Die günstigen und vielversprechenden Mitteilungen haben uns veranlaßt, unsererseits das Mittel rein klinisch zu erproben. Wir haben 55 Pat. mit sekundärer und latenter Syphilis, 1 Pat. mit Tabes dorsalis mit etwa 6000 ccm Mirion behandelt. Der größte Teil wurde nach dem Vorschlag J. Kyrles mit 6 intramuskulären Injektionen zu 5 ccm vorbehandelt und die weitere Kur mit Salvarsan zusammen fortgesetzt, so daß sich eine Gesamtdosis von 4,5 Salvarsannatrium und 100—120 ccm Mirion ergab.

4 Fälle wurden 4 Wochen lang nur mit Mirion, und zwar intravenös, behandelt.

Da die einwandfreie Beobachtung und Kritik eines Mittels selbstverständlich an seine alleinige Anwendung gebunden ist, haben wir mit besonderem Interesse die 4 „Nur-Mirionfälle" nach den uns zur Verfügung stehenden Kriterien des Spirochätenbefundes, der klinischen Erscheinungen und der WR verfolgt. Ich gebe kurz den Verlauf dieser 4 Fälle wieder.

Fall 1. Pat. G., Sclerosis dupl. ad sulc., WR + (stark), Haut rein, vom 6. VIII. 1921 bis 3. IX. jeden 3. Tag 5 ccm Mirion intravenös, i. g. 60 ccm. 18. VIII. Auftreten einer Roseola, die erst am 9. IX. verschwindet. 5. IX. (nach 4 Wochen) Sklerosen etwas kleiner, Sp. p. ++, WR: 5. VIII. + (stark), 25. VIII. + (schwach), 1. IX. + (stark).

Digitized by Google

Fall 2. Pat. R., Papeln ad anum, Haut rein, WR + (stark), Mirionkur vom 18. VIII. bis 19. IX., i. g. 80 ccm. Am Ende der Kur noch flacherhabene Papelreste. Die von vornherein spärlichen Sp. p. waren nach 8 Tagen nicht mehr nachweisbar. WR: 10. VIII. + (stark), 5. IX. + (schwach), 26. IX + (stark).

Fall 3. Pat. P., psoriasiformes Exanthem, Papeln am Skrotum, Anus, an der Glans, Angina spec., Mirionkur vom 10. VIII. bis 3. IX., i. g. 60 ccm. 5. IX. Exanthem blässer, weniger schuppend, jedoch deutlich sichtbar; Papeln am Skrotum und an der Glans geheilt, am Anus abgeflacht. Sp. p. am 13. Behandlungstag nirgends nachzuweisen. WR: 10. VIII. + (stark), 25. VIII. + (schwächer), 5. IX. + (stark).

Fall 4. Pat. B., ulzerierte Riesenpapeln am rechten Unterarm und rechten Knie, vom 9. VIII. bis 23. VIII. Mirionkur i. g. 30 ccm. 23. VIII. Papeln unverändert. Sp. p. von Anfang an nicht nachweisbar. WR: 9. VIII. + (stark), 25. VIII. + (schwächer), 30. VIII. + (stark). Nach Einsetzen der Salvarsankur prompte Heilung in 3 Wochen.

Bei einer Übersicht über sämtliche Fälle läßt sich folgendes feststellen:

1. Das Mittel wird durchweg gut vertragen sowohl intramuskulär als auch intravenös. Temperatursteigerungen treten nach den ersten Injektionen bis etwa 39° auf; sie zeigen sich gewöhnlich erst am Tage nach der Injektion und klingen rasch ab. Anzeichen von Jodismus wurden niemals beobachtet. Die intravenöse Zufuhr zeitigte keinerlei vasomotorische Störungen.

2. Die WR wurde bei der kombinierten Mirion-Salvarsankur durchschnittlich in der 6.—8. Woche negativ, einige Fälle waren noch nach 8 Wochen stark bzw. schwach positiv. Von 24 kombiniert Behandelten wurden negativ: in der 6. Woche 6, in der 7. Woche 6, in der 8. Woche 2. 10 Fälle waren in der 7.—8. Woche noch positiv.

Zum Vergleich möchte ich 24 Fälle heranziehen, die eine kombinierte Hg-Salvarsankur mit 4,5 Salvarsannatrium und 0,5—0,6 Hg (Mercoid und Ol. cinereum) durchgemacht haben und die ich wahllos aus älteren Krankenblättern herausgegriffen habe.

Davon wurden negativ: in der 4.—5. Woche 17, in der 6. Woche 5. Bei 4 Fällen blieb die WR unbeeinflußt.

Es ergibt sich daraus, daß die WR bei der Mirion-Salvarsankur später negativ wird als bei der Hg-Salvarsankur; diese Beobachtung stimmt mit derjenigen J. Kyrles überein. K. bemerkt dazu, daß die WR dafür um so anhaltender negativ bleibt. Er hat bei seinen Fällen in mehr als neunmonatiger Beobachtungszeit nur 3 Serorezidive erlebt. Von den 2 Fällen, die wir längere Zeit beobachten konnten, hatte jeder nach 4 bzw. 6 Wochen ein Serorezidiv.

Bei unseren „Nur-Mirionfällen" wurde lediglich eine vorübergehende Abschwächung der WR erzielt. Am Ende der Kur hatten alle wiederum eine stark positive WR.

Die von Kyrle beobachtete provokatorische Wirkung des „Mirions" hat sich auch bei uns in einer Zahl von Fällen gezeigt. Wir haben zum Zwecke der Provokation sowohl Pat., bei denen anamnestisch keine Lues vorlag, als auch solche mit früherer Lues einer Mirionbehandlung unterworfen: Von 7 Fällen mit positiver Luesanamnese und negativer WR wurden 5 in der WR positiv. 4 Fälle ohne Luesanamnese blieben stets negativ.

Über das Alter der Infektion, über die erfolgten Kuren, Art und Zeit der Provokation geben die nachfolgenden Auszüge Aufschluß.

Digitized by Google

Fall 5. Pat. D., 1920 Infektion und kombinierte Kur, keine weitere Behandlung. Oktober 1921 wegen Gonorrhoe eingewiesen; keine luetischen Symptome, WR — (7. XI.). Nach fünfmaliger intramuskulärer Injektion von je 5 ccm Mirion WR + (stark, 14. XI.). Vier Tage später (18. XI.) WR —, bei wiederholter Kontrolle stets negativ.

Fall 6. Pat. L., August 1921 Infektion und Kur. 22. X. wegen Gonorrhoe eingewiesen. Befund: Leucoderma colli; WR —. Zweimal 5 ccm Mirion intramuskulär. 1. XI. WR + (stark).

Fall 7. Pat. K., August 1920 Infektion und Kur. 14. X. 1921 zur Behandlung eingewiesen; keine Luessymptome; WR —. 1. XI. nach fünfmal 5 ccm Mirion intramuskulär; WR + (schwach).

Fall 8. Pat. K., Januar 1920 Infektion und 1. Kur, Dez. 1920 2. Kur. Oktober 1921 eingewiesen zur Beobachtung; ohne Symptome; WR —. Nach fünfmal 5 ccm WR +.

Fall 9. Pat. Z., Juni 1921 Infektion, Juli 2 Hg-Spritzen. 29. IX. Aufnahme: Leucoderma colli; WR —. 7. X. bis 17. X. fünfmal 5 ccm Mirion intramuskulär. 15. X. WR + (stark). 20. X. WR —.

Fall 10. Pat. K.. 1919 Infektion und Kur; seitdem keine Behandlung; WR wiederholt negativ. 10. XI. 1921 Aufnahme zur Beobachtung: keine luetischen Erscheinungen; WR —. Nach fünfmal 5 ccm Mirion intramuskulär WR —.

Fall 11. Pat. B., August/September 1921 1. Kur. 17. X. Aufnahme: Erosionen am Genitale, Sp. p. —; WR —. Nach fünfmal 5 ccm Mirion intramuskulär WR —.

3. Eine Herxheimersche Reaktion wurde von uns nicht beobachtet. Da die Reaktion von anderer Seite einwandfrei gesehen worden ist, geben wir die Möglichkeit eines Beobachtungsfehler unsererseits zu.

Die Spezifität dieser Erscheinung ist zwar kürzlich wiederum von Dr. Ehrhardt (Arch. f. Derm., Bd. 135, Nr. 21) auf Grund erneuter Untersuchungen betont worden; sie erscheint uns aber trotzdem noch zweifelhaft und nicht entscheidend für die spezifische Wirkung eines Mittels (siehe auch W. kl. W., 1921, S. 278, M. Oppenheim).

4. Eine Heilung der syphilitischen Erscheinungen durch „Mirion" allein ist demnach unwahrscheinlich, da es offenbar keine spirillozide Wirkung besitzt (siehe Fall 1). Eine gewisse Beeinflussung der Symptome ist nicht zu bestreiten (Fall 2, 3).. Einen Vergleich mit unseren wirksamen Hg-Präparaten oder gar dem Salvarsan kann das Mittel als Therapeutikum wohl nicht standhalten. Dagegen hat es als Provokationsmittel sicher einige Bedeutung, da es anscheinend in höherem Maße als unsere bekannten Antiluetika die Fähigkeit besitzt, latente Herde zu mobilisieren und in der WR zum Vorschein zu bringen.

Die Verwendung des „Mirion" erleichtert uns mitunter, insbesondere bei unserem Prostituiertenmaterial, die oft schwierige und weittragende Entscheidung, ob die der Ansteckung beschuldigte und vom Polizeiarzt zur Beobachtung eingewiesene Pat. als gesund angesehen werden darf oder nicht.

Auch für die Frage von Heiratserlaubnis dürfte die „Mirionprovokation" als beachtenswertes Hilfsmittel zu empfehlen sein, wenn klinische Symptome fehlen und eine negative WR vorliegt.

Digitized by Google

Aus der Hautkrankenstation des Städtischen Krankenhauses zu Elberfeld
(Chefarzt: Prof. Dr. Hübner).

Über Spontanheilung von Vulvovaginitis gonorrhoica infantum.

Von

Dr. Irmgard Dresel.

Am 3. VIII. 1920 wurde in unserer Klinik ein lues- und gonorrhoekranker Säugling aufgenommen. Der Säugling war $2^1/_2$ Monate alt und in sehr schlechtem Allgemeinzustand. Das Gewicht des Kindes betrug 3400 g, und seine Nahrungsaufnahme war schlecht. An luetischen Stigmata wies der Säugling auf: Milztumor, Schiefnase und Papeln in den Handflächen. Außerdem bestand bei dem Säugling starker Fluor aus der Vulva, der ein ausgedehntes intertriginöses Ekzem verursacht hatte. In dem Fluor waren mikroskopisch Gonokokken nachweisbar.

Der Säugling ist jetzt bereits 14 Monate in unserer Klinik. Das Kind gedieh außerordentlich gut, sein Gewicht stieg von 3400 auf 7500 g. Seine Intelligenz ist normal. In dieser Zeit wurde es antiluetisch behandelt mit Hg-Schmierkuren, Sublimat- und Neosalvarsaninjektionen und Sublimatbädern. Seit 13 Monaten sind keine manifesten luetischen Erscheinungen mehr aufgetreten. Die WR im Blute ist seit dem 23. V. 1921 negativ.

Mitteilungswert wird der Fall wegen des Verlaufes der Gonorrhoe. Die Gonorrhoe konnte nämlich wegen der Kleinheit der kindlichen Genitalien kaum therapeutisch angegriffen werden. In den ersten sieben Monaten (von August bis Februar) wurde sie nicht spezifisch behandelt. Das intertriginöse Ekzem wurde mit Zinkpuder eingepudert, und sonst wurde das Kind recht sauber gehalten. Bis Februar 1921 hatte die Stärke des Ausflusses unter dieser Behandlung bedeutend nachgelassen, und das Ekzem war fast abgeheilt. Die Sekretabstriche aus Vulva, Vagina und Rektum blieben aber stets gonokokkenpositiv. In den folgenden fünf Monaten (von März bis Ende Juli) wurden dem Kinde Kaliumpermanganat-Halbbäder gegeben. Es wurde im März und April die Vulva mit 1%iger Protargollösung abgerieselt. Da aber in den Sekretabstrichpräparaten aus Vagina und Urethra stets Gonokokken nachweisbar blieben, hielten wir diese Therapie für nutzlos und stellten sie wieder ein. Mitte Juni erkrankte das Kind plötzlich an einer Bronchopneumonie. Die Temperatur hielt sich mehrere Tage auf 40°. Das Kind erholte sich wieder gut, aber die hohen Temperaturen hatten die gonorrhoische Erkrankung nicht beeinflußt, wie wir dies wohl gehofft hatten. Das Sekret aus Vagina und Urethra wies mikroskopisch noch Gonokokken auf bis Ende Juli. Klinisch bestand schon seit Mai kein Fluor mehr, und die Vulva wie das Orificium urethrae und der Introitus vaginae waren reizlos.

Seit Ende Juli sind nun in den spärlichen schleimigen Sekretabstrichen von Vagina, Urethra und Rektum keine Gonokokken mehr nachweisbar. Das mikroskopische Präparat besteht vorwiegend aus Plattenepithelien, ganz vereinzelten Leukozyten und wenigen Staphylokokken.

Nachdem in den Sekretabstrichen zwei Monate lang keine Gonokokken mehr gefunden wurden, versuchten wir die Gonorrhoe mit Provokationsmethoden zum Aufflackern zu bringen. Mit $^1/_2$%iger Lugolscher Lösung wurde die Vagina ausgewischt, und 5 ccm dieser Lösung wurden in die Blase injiziert. Am folgenden Tage erhielt das Kind 15 Mill. Keime Gonargin intramuskulär. Auf die Gonargininjektion reagierte das Kind mit keinerlei Temperatursteigerung. Tägliche Kontrollabstriche aus dem geringen Sekret von Urethra, Vagina und Rektum waren stets gonokokkennegativ. Da das Kind heute schon drei Monate auch nach den Provokationsverfahren keine Gonokokken in dem Genitalsekret mehr aufwies, können wir es wohl als von der Gonorrhoe geheilt ansehen.

Was unseren Fall nun interessant und mitteilungswert macht, ist der Umstand, daß er die Spontanheilung einer kindlichen Gonorrhoe darstellt, wie sie uns durch die modernen Provokationsmethoden gesichert wird. Die Behandlung, die unserem Kinde zuteil wurde, kann für das

Digitized by Google

Resultat der Heilung der Gonorrhoe nicht herangezogen werden. Von den 14 Monaten seines Krankenhausaufenthaltes wurde das Kind die ersten sieben Monate gar nicht behandelt. Wenn es in den späteren fünf Monaten Kaliumpermanganat-Halbbäder und für sechs Wochen Vulvaabrieselungen mit Protargol erhielt, so können diese Maßnahmen auch nicht am Heilprozeß der Gonorrhoe mitgewirkt haben. Wir haben uns auch keine Illusionen gemacht, daß die Krankheit auf diesem Wege heilbar sei. Wir gedachten nur durch die Desinfektion der Vulva und äußeren Haut eine Übertragung auf die Bindehäute und auch auf andere Kinder soweit wie möglich zu verhindern. Aber auch die hohen Temperaturen, die das Kind während seiner pneumonischen Erkrankung hatte, beeinflußten die Gonorrhoe nicht; denn noch einen ganzen Monat hindurch wiesen die Genitalsekretabstriche Gonokokken auf. Wenn wir in unserem Falle eine mit wissenschaftlichen Methoden festgestellte Spontanheilung beobachtet haben, so können wir auch in allen anderen Fällen annehmen, daß eine solche Spontanheilung vorliegt, wenn nach langmonatiger Behandlung endlich ein Verschwinden der Gonokokken konstatiert wird. Denn wir müssen uns immer vor Augen halten, daß es bei den anatomischen Verhältnissen des kindlichen Genitales einfach technisch unmöglich ist, die Gonokokken in den Nischen der Schleimhaut mit wirklich gonokokkentötenden Mitteln zu erreichen und zu vernichten.

Die kindliche Gonorrhoe scheint ja häufig für längere Zeit, ja für einige Monate geheilt zu sein, und dann erfolgt plötzlich ein Neuaufflackern der Krankheit und man hat den Eindruck, daß die Gonorrhoe in dieser Zwischenzeit wohl bestanden hat, daß es nur nicht gelungen ist, die Gonokokken nachzuweisen. Falls nun die Gonokokken für immer schwinden, besteht die Möglichkeit, daß sie durch dauernde Inzucht auf dem gleichen Nährboden geschwächt und von selbst abgestorben sind.

Auch scheinen uns die anderen zur Vulvovaginitisheilung beschrittenen Wege, Fieberbehandlung nach Weiss, Vakzinebehandlung nicht geeignet, die Gonokokken des kindlichen Genitales dauernd zu vernichten, denn wir haben den Eindruck, daß die spärlich mitgeteilten Heilresultate um so besser sind, je kürzere Zeit die Beobachtung gedauert hat.

Sollte diese Anschauung, daß eine Spontanheilung der kindlichen Gonorrhoe möglich und vielleicht nach langem Bestehen die Regel ist, richtig sein, so würde man daraus die Konsequenz zu ziehen haben, die heute sehr kostspielige Silberbehandlung der gonorrhoekranken Kinder fallen zu lassen und sich darauf zu beschränken, die Kinder zu isolieren und gesondert aufzuziehen. In den Großstädten würde sich gewiß genügend Material zusammenfinden, um Kinderheime der unteren Volksschulklassen entsprechend dem Muster der Pariser Mikrosporie-Volksschulklassen zu bilden. In Buch bei Berlin ist ein Kindergenesungsheim, in dem in $1^1/_2$ Jahren ungefähr 160 gonorrhoekranke Kinder aufgenommen worden sind. In mittleren Städten würden sich vielleicht geeignete Räume in städtischen Pflegeheimen zur Aufziehung solcher Kinder finden. Auf diese Weise würde sich wohl ohne Beeinträchtigung des Endresultates der gonorrhoischen Erkrankungen eine erhebliche Kostenverringerung bei der Aufziehung der gonorrhoekranken Kinder erzielen lassen.

Digitized by Google

Versammlungen.

Versammlung Südwestdeutscher Dermatologen.

Frankfurt a. M., 8. bis 9. Oktober 1921.

Herxheimer-Frankfurt a. M. erinnert daran, daß die erste Versammlung vor 27 Jahren stattgefunden hat. Nach dreijähriger Pause sollen die Versammlungen wieder regelmäßig zweimal im Jahre zustande kommen.

Meirowsky-Köln: **Über Genodermatosen.** Nach Weismann und Mendel können wir uns alle echten Vererbungen nur auf dem Wege über das Keimplasma vorstellen. Das Keimplasma (Idioplasma) ist aus zahllosen Erbanlagen (Gene, Faktoren, Determinanten) zusammengesetzt. Sie bestimmen oder determinieren Außeneigenschaften (Weismann). Die Änderung einer Erbanlage hat die Änderung der Außeneigenschaft zur Folge. Das Zustandekommen einer Außeneigenschaft hängt aber nicht allein von den Erbanlagen ab, sondern auch von den Außeneinflüssen, denen der Organismus ausgesetzt ist. Das Xeroderma und die Epheliden sind erbliche Hautveränderungen und doch treten sie nur in Erscheinung, wenn die Haut von ultravioletten Strahlen getroffen wird. Erblich sind also immer nur die „Reaktionsweisen". Die einzelnen Bausteine (Horn, Pigment, Bindegewebe usw.), die jede kleinste Hautstelle zusammensetzen, sind alle durch Erbanlagen im Keimplasma bestimmt. Die Haut wird normal, wenn die Zusammensetzung aller dieser Erbanlagen nicht gestört ist. Eine fehlerhaft zusammengesetzte Haut, die angeborene Mißbildung, entsteht, wenn in der Funktion und in der Anordnung der Erbanlagen Veränderungen vorliegen. Allgemeiner oder lokaler Albinismus bezw. Naevus pigmentosus entsteht, wenn die Erbanlagen für Pigmentbildung nicht zur Wirkung kommen. Auf einer Störung der Erbanlagen beruhen ebenfalls Naevus sebaceus, Pseudoxanthoma elasticum und Veränderungen der gesamten Hautdecke wie Ichthyosis, Epidermolysis usw. Genodermatosen sind also Hautveränderungen, die durch abnorme Erbanlagen zustande kommen. Im Erbgang der nävusartigen Gebilde ließ sich häufig die Gültigkeit der Mendelschen Gesetze für den Menschen am besten nachweisen. Aus einem großen Material führt Meirowsky einige besonders instruktive Beispiele an, um zu beweisen, daß es sich hier nicht um eine Arbeitshypothese handelt, sondern daß das Keimplasma als die tatsächliche Ursache der Nävusbildungen anzusehen ist. So das Beispiel der weißen Haarlocke der Europäer, die sich durch sechs Generationen, der Mendelschen Regel folgend, vererbte, und den Fall von Benedikt, bei dem sich gleichartige Nävi an gleichen Körperstellen bei Mutter und Sohn fanden. Die Naevi tardi und die Systematisierung sind ebenfalls keimplasmatisch bedingt. Meirowsky verweist auf die von ihm und Leven im Arch. f. Derm. veröffentlichte Arbeit. Die Systematisierung folgt im großen und ganzen in ihrer äußeren Form der Tierzeichnung. Sie beruht auf der Kontinuität (Weismann). Die weiße Haarlocke der Europäer (systematisierter Naevus depigmentosus) ist eine Scheckungsform, die sich bis tief in die Tierreiche erstreckt. Der Mongolenfleck (blauer Nävus) ist als normale Erscheinung in der Menschenentwicklung aufzufassen, nämlich als eine bei unseren Primatenvorfahren noch vorhandene Koriumzeichnung. Es folgt Demonstration zweier neueren Fälle an Bildern. Die Nävuszellen sind nichts anderes als der Ausdruck erhöhten Reizes zur Zellproliferation, oder aber einzelne Gewebsteile sind ungenügend angelegt, z. B. die Kapillaren beim Naevus anaemicus. Durch Heims Züchtungsversuche mit Hunden und durch den von Raylay veröffentlichten Stammbaum einer menschlichen Familie ist bewiesen, daß Hasenscharte und Gaumenspaltung, also ausgesprochene Hemmungsmißbildungen, als erbliche Leiden aufzufassen sind. Dasselbe gilt für die nur mikroskopisch erkennbaren Entwicklungsstörungen, wie die Befunde von Scheuer und Cohn beim Nackthunde und die von Bettmann beim haarlosen Menschen zeigen. Meirowsky bezeichnet als Genodermatosen alle durch abnorme Erbanlagen bedingte Veränderungen der Haut, der Haare und der Nägel. Es ist zu beachten, daß es sich hier nicht um krankhafte Prozesse, sondern um Zustände handelt. Bettmann bezeichnet diese Zustände als Genodermien, als Genodermatosen aber diejenigen Hauterkrankungen, bei denen die Abhängigkeit von genonomen Faktoren angenommen werden muß. Ob man die Durchführung dieser Bezeichnungen für notwendig hält, hängt davon ab, wie man sich zu den Begriffen Krankheit und Gesundheit stellt, auf deren Theorie M.

Digitized by Google

eingeht unter Anführung von Lubarsch, F. Lenz und Siemens. Bei der Meirowsky-schen Auffassung sind zu den Genodermatosen noch alle die Hautveränderungen hinzuzurechnen, bei deren Zustandekommen die ererbte und keimplasmatisch bedingte Disposition die entscheidende Rolle spielt.

Bettmann-Heidelberg: **Korreferat.** Eine keimplasmatisch oder „genonom" bedingte individuelle Besonderheit der Haut kann zustandsmäßig erkennbar werden oder sie kann sich bei erworbenen Hautkrankheiten kompletter Ätiologie geltend machen. Demgemäß unterscheidet B. Genodermien (zu denen die kongenitalen Nävi gehören) und Genodermatosen. Die Unterscheidung zwischen Genodermie und Genodermatose will etwas Wesentliches kennzeichnen, das festgehalten werden muß, auch wenn die praktische Anwendung des Schemas auf Schwierigkeiten stößt. Bei den Naevi tardi besteht jene genonome Bereitschaft. Die Bedingungen, unter denen sie in Erscheinung treten, können erweisen, daß nicht eingeengte spezifische Auslösungen, sondern verschiedenartige adäquate Reize die Abweichung vom normalen Hautbefund herausbringen können. Wir müssen die Annahme gelten lassen, daß die Haut in gewissem Sinne keine einheitlich gleichwertige Fläche, sondern ein Mosaik darstellt, dessen einzelne Bausteine für sich in feineren Eigentümlichkeiten keimplastisch determiniert sind. Hervorstechende Eigentümlichkeiten des entwickelten Gewebes können einen Rückschluß auf die Tatsache solcher Unterschiede erlauben, nicht aber auf die Form der „genetischen Bausteine" und Bausteingruppen. Dabei kann aber die Voraussetzung potentieller Differenzen in Einzelbezirken der Haut mancherlei Form- und Verteilungseigentümlichkeiten von Hautkrankheiten erklären helfen. Der Versuch, die „pathotrope" Eigentümlichkeit der Haut oder einzelner Territorien derselben durch „idioergische" Reaktionen zu erweisen, läßt sich prinzipiell wohl in Angriff nehmen, stößt aber auf sehr wesentliche Schwierigkeiten, auf die der Vortr. genauer eingeht. Genauer wird erörtert, wieweit bei einer erworbenen Hautkrankheit aus familiären Häufungen, aus der Kombination mit Stigmen und Erkrankungen anderer Organe, aus der Anordnung der Hauterkrankung und aus der Art des Prozesses Hinweise auf eine Abhängigkeit von genonomen Faktoren hergeleitet werden kann. Dabei wird auf sehr verschiedenartige Hautkrankheiten Bezug genommen (Morbus Darier, Psoriasis, Lichenerkrankungen, Atrophodermatosen, Sklerodermatosen usw.). Aus dem Zusammenhang genommene Einzelheiten können nicht erweisen, in welcher Breite die Annahme von Genodermatosen berechtigt erscheint, die sich im einzelnen noch besonders mit den nervösen Regulationen der Haut und der Beeinflussung durch innersekretorische Wirksamkeiten auseinanderzusetzen hat.

Levin-Elberfeld, Bloch-Zürich, Rost-Freiburg, Levi-Freiburg.

Hugo Müller-Mainz: 1. Fall von **Pseudopelade** mit zahlreichen Übergängen von Stadien, die der Keratosis entsprechen, zu solchen, die dem Lupus erythematosus ähneln.

Hoffmann-Bonn zieht Lues in Betracht.

Sack sen.-Heidelberg: In solchen Fällen ist die mikroskopische Analyse von entscheidender Bedeutung.

2. Fall von **Lupus erythematosus** an beiden Ohren mit Haarausfall und Atrophien der Kopfhaut.

3. Fall von **Lupus vulgaris** mit ausgedehnter Gaumenaffektion.

4. Fall von **Livedo racemosa** mit Atrophien.

K. Herxheimer-Frankfurt diagnostiziert Atrophia maculosa cutis. Stauungserscheinungen sind bei solchen Fällen häufig. H. hat deutliche Atrophien festgestellt.

5. Fall von **strichförmiger, stark juckender Dermatose** der unteren Extremitäten.

6. Fall von **tuberkuloider Lues** mit mikroskopischen Präparaten.

K. Herxheimer-Frankfurt erinnert daran, daß Griffini, Jadassohn und K. Herxheimer das Bild der miliaren Lues eingehend histologisch beschrieben haben.

7. Fall von **frustranem Darier.**

Hoffmann-Bonn hält den Fall für einen typischen Darier.

K. Herxheimer-Frankfurt führt das Auftreten von Darier bei sieben Mitgliedern einer Familie an.

8. Photographien von

a) **allgemeinem Pruritus,**

b) **familiärer Sklerodermie.**

Julius Kohn-Frankfurt a. M.: 1. Fall von **Pityriasis rubra pilaris mit hochgradigen Nagelveränderungen und 21 Jahre bestehendem Röntgenulkus.**

Digitized by Google

Veiel sen.-Cannstatt empfiehlt gegen die Nagelveränderungen Schmierseifenbürstungen und Glyzerinbehandlung.

2. Fall von ausgedehntem **tubero-serpiginösem Syphilid.**

Vollmer-Kreuznach: 1. Fall von **Fibrosarkom (?)** am rechten Ellbogengelenk.

Bloch-Zürich diagnostiziert paraartikuläres Granulom.

Sack sen.-Heidelberg: Es könnte sich vielleicht um eine kongenitale Abschnürung am Gelenk handeln.

Hoffmann-Bonn: Bei Acrodermatitis atrophicans finden sich zuweilen fibroide Tumoren. Die histologische Diagnose Sarkom wird von den Pathologen zu häufig gestellt.

K. Herxheimer-Frankfurt: Die bei Acrodermatitis atrophicans gefundenen Tumoren lassen keinen Vergleich mit den vorgestellten Granulomen zu.

2. a) Fall von **Gangrän** um die Impfstelle.

Hoffmann-Bonn: Es gibt ein Ulcus vaccinicum, das aber nicht auf Lymphwirkung, sondern auf Streptokokkeninfektion zurückzuführen ist.

b) Fall von **solitärem Spindelzellensarkom.**

Aus der Abteilung Guttmann-Wiesbaden:

Boscheck-Wiesbaden: **Fall zur Diagnose.** Ursprünglich Trichophytie des Gesichts, in deren Verlauf am Stamm und den Streckseiten der Extremitäten eine pustulöse Affektion auftrat, die mit Atrophie abheilte.

K. Herxheimer-Frankfurt und Touton-Wiesbaden diagnostizierten papulo-nekrotisches Tuberkulid.

Bender-Wiesbaden: Tuberkulose und Lues müßten hier differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden.

Greif-Worms: **Ein Fall zur Diagnose** (Lichen chron. simpl.? Lichen ruber atypicus? beginnende Mykosis?).

Touton-Wiesbaden diagnostiziert Prurigo diathésique Besnier.

Schütz-Frankfurt nimmt Lichen ruber planus an, der durch abnorme Behandlung starke Austrocknung aufweist.

Hoffmann-Bonn: Wenn die Schleimhäute frei sind, erscheint Lichen ruber planus fraglich. In Betracht kommt das prämykotische Stadium der Mycosis fungoides.

K. Herxheimer-Frankfurt hat den Fall seit $1^1/_2$ Jahren häufiger gesehen und diagnostiziert Lichen ruber planus et acuminat.

Köster-Barmen findet in diesem Fall starke Ähnlichkeit mit Schmierölerkrankungen.

Veiel sen.-Cannstatt empfiehlt, da zur Zeit eine Diagnose unmöglich sei, die Diagnose durch therapeutische Maßnahmen zu erreichen.

Aus der Klinik K. Herxheimer-Frankfurt a. M.:

1. Born: Fall von **Mycosis fungoides** bei einem 80jähr., der auf Röntgen- und Arsenbehandlung fast völlig abgeheilt ist.

2. Bürkmann: Fall von **Dermatitis linearis verrucosa** an der Innenseite des linken Beines.

Hoffmann-Bonn nimmt strichförmige Neurodermitis verrucosa an.

3. Nathan: Ein Fall von **papulo-nekrotischem Tuberkulid** mit Schüben, bei denen die Effloreszenzen in herpetiformer bezw. serpiginöser Anordnung auftraten.

Hoffmann-Bonn hält hier die Bezeichnung psoriasiformes Tuberkulid angebracht.

4. Nathan: Ein Fall von **Lupus erythematosus** mit disseminierten oberflächlichen Herden vom klinischen Charakter der Tuberkulide. Histologisch: Disseminierte Lupus-erythematosus-Herde.

5. Nathan: Bericht über einen Fall von **Quinckeschem Ödem,** $3^1/_2$ Monate nach Röntgenbehandlung. Es wird auf die Möglichkeit hingewiesen, daß die durch Röntgenstrahlen bewirkte Gefäßschädigung die auslösende Ursache der Anfälle war.

6. Flehme: Ein Fall von **Lichen ruber planus** mit primärer Blasenbildung und Blasenbildung im Munde und am Genitale.

7. Bürkmann: Fall von **Blastomykose** am Stamm, der nach Jodkali, Trypaflavin und Neosalvarsan Besserung zeigt.

In der Diskussion wird von Bloch-Zürich, Kolle-Frankfurt, Gans-Heidelberg, Touton-Wiesbaden angezweifelt, daß die demonstrierten mikroskopischen Präparate Hefepilze enthalten; es könne sich eventuell um Russelsche Körperchen handeln. Eine klinische Diagnose wird nicht gestellt.

Digitized by Google

Rost-Freiburg konnte in einem Fall von Blastomykose keine Kulturen züchten.

K. Herxheimer: Gelegentlich finden sich auf Karzinomen vereinzelte Blastomyzeten, zuweilen auch in größerer Anzahl. Der Nachweis gelingt mit der Weigertschen Fibrinmethode. In diesem Fall handelt es sich nicht um vereinzelte Pilze, sondern um Pilzhaufen. Daß mit den verschiedensten Nährböden keine Kulturen zu züchten waren, spricht nicht gegen die Diagnose, sondern ist fast pathognomonisch. Da dieser Fall den in der Literatur dargestellten klinisch entspricht, muß die Diagnose aufrecht erhalten werden[1]).

8. Bürkmann: Fall von **Duhringscher Krankheit.**

Greif-Worms berichtet über gute therapeutische Erfolge bei hartnäckigem Duhring durch Hochfrequenzbehandlung.

9. Herold: Fall von ausgedehnter **Psoriasis** mit teilweise verruköser Wucherung, in der Nähe **psoriatisch erkrankter Gelenke.**

10. Levi: Fall von **Lichen ruber planus et acuminatus** mit teilweise verruköser Anordnung.

11. Klare: **Mycosis fungoides** mit großen typischen Tumoren auf dem Kopfe und aggregierten, zum Teil glänzenden Knötchen auf Brust und Rücken. Mikroskopisch in den Tumoren, Knötchen und Drüsen mykotisches Gewebe nachweisbar. Behandlung mit Röntgen und Thorium-X intravenös, bedeutende Besserung.

12. Levi: Zwei Fälle von **Xeroderma pigmentosum** bei zwei Geschwistern mit Erblindung des einen und doppelseitiger Enukleation.

13. Herold: Fall von **Lichen ruber verrucosus** mit Beteiligung der Kopfhaut und Mundschleimhaut.

14. Klare: Fall zur Diagnose. Ausgedehnte Geschwürsflächen am Hals und Wange, wahrscheinlich ulzero-serpiginöses Syphilid.

15. Flehme: Fall von **Pemphigus vulgaris benignus** mit polyzyklischen Formen bei einem Kind.

16. Flehme: Fall von **Erythema induratum Bazin** an beiden Unterschenkeln.

Rost-Freiburg: Fall von netzförmigem **Lichen-ruber-ähnlichem Exanthem** nach Salvarsandermatitis (Moulage).

Zurhelle-Bonn: Fall von **Parapsoriasis mit Leukoderm** bei negativer WR (Moulage).

Ed. Hoffmann-Bonn: Fall von **Keratose** der Handflächen einschließlich des Handrückens nach Sulfoxylatinjektionen.

Bloch-Zürich berichtet über **experimentell erzeugte Karzinome bei Mäusen.** In Anlehnung an die chemische Reiztheorie von B. Fischer und angeregt durch die Erfolge von Yamagiva versuchte B., unabhängig von den Versuchen Fibigers, durch Teerpinselungen an Kaninchen, Meerschweinchen und weißen Mäusen Karzinome zu erzeugen. Er plante, die einzelnen Teerfraktionen auf ihre karzinomerzeugende Wirkung zu untersuchen. Mit einigen Fraktionen konnte er Angiokeratome erzeugen. Eine bestimmte hochsiedende Fraktion bewirkte bei fortgesetzter Pinselung bei etwa 280 weißen Mäusen in 100% der Fälle Karzinombildung. Einige Tage nach Beginn der Pinselungen wurde an der betreffenden Stelle die Haut grau, bald danach trat Haarausfall ein; nach ungefähr drei Monaten zeigte sich Wärzchenbildung. Bei Weiterbehandlung werden die Wärzchen größer, um dann entweder die Form eines Cornu cutaneum anzunehmen oder zu einem ulzerierten Tumor zu werden. Dann folgt Kachexie und Exitus. Die Sektionen ergaben etwa 30 bis 40% Metastasen, besonders in den Lungen. Histologisch finden sich zunächst wenig Entzündungserscheinungen; es treten Epithelwucherungen auf, in denen die Zellen zunächst noch geordnet sind. Dann beherrscht die Polymorphie das Bild, Riesenkerne, mitotische und amitotische Teilungsvorgänge werden erkennbar. Die einzelnen Zellkomplexe lösen sich dann ab und isolieren sich und wachsen durch Muskelgewebe bis ins Peritoneum. Die Malignität ist also erwiesen. Zeigen die Tumoren das Bild eines Basalzellenkarzinoms, dann zeigen die Drüsenmetastasen dasselbe Bild. Es gelingt demnach mit einer fortgesetzten bestimmten Reizung bei einer bestimmten Tierart Karzinome zu erzeugen.

---

[1]) Erneute Untersuchung läßt es fraglich erscheinen, ob es sich in den mikroskopischen Präparaten um Hefepilze handelt, es erscheint wahrscheinlich, daß tatsächlich Russelsche Körperchen vorliegen.

Digitized by Google

Kolle-Frankfurt erzielte bei Überimpfung gewisser Stämme von transplantabeln Mäusetumoren in 100% positive Resultate. Ehrlich hat schon in Frage gestellt, ob ohne weiteres Vergleiche zulässig sind zwischen solchen Tumoren bei Mäusen und Karzinomen beim Menschen. Übrigens verhalten sich die Mäusetumoren Röntgenstrahlen gegenüber nicht gleichartig wie die Karzinome beim Menschen.

B. Fischer-Frankfurt weist darauf hin, daß es nach unseren heutigen Kenntnissen nur zwei biologische Vorgänge gibt, auf deren Grundlage sich Geschwülste bilden: die embryonale Gewebsmißbildung und die pathologische, durch irgend welche besondere Schädigungen gestörte Regeneration. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die von Bloch demonstrierten Karzinome in allen wesentlichen Punkten dem menschlichen Karzinom entsprechen, soweit man überhaupt von übereinstimmenden Eigenschaften der Karzinome sprechen kann, denn zwischen dem einen Karzinom und dem anderen kommen auch beim Menschen die größten Unterschiede vor. F. demonstriert a) ein Fibromyxosarkom der Hand, entstanden drei Jahre nach schwerer Röntgenschädigung (ein Jahr lang fortgesetzte Röntgenbestrahlung wegen chronischen Ekzems); b) große Flimmerepithelblasen der Lunge beim Kaninchen, experimentell erzeugt durch intravenöse Injektion bestimmter Ölmischungen.

Hoffmann-Bonn vergleicht die Entwicklung der Blochschen Karzinome mit der Entwicklung der Röntgenkarzinome.

K. Rauker-Frankfurt a. M.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. November 1921.

Originalbericht von Dr. L. Kleeberg-Berlin.

Der erste Vorsitzende, Geh.-Rat Rosenthal, gedenkt Rudolf Virchows und seiner Bedeutung für die Dermatologie.

Nach Bericht des Schriftführers, des Kassenwarts und Bibliothekars erfolgt die Neuwahl des Vorstandes und der Aufnahmekommission. Der alte Vorstand wird durch Akklamation wieder gewählt (Rosenthal, Arndt, Blaschko, Buschke, Ledermann, Saalfeld, Heller).

Buschke zeigt:

a) Kind mit **Leucoderma microsporicum**, die Flecken bilden sich allmählich von selbst zurück;

b) **essentielle Teleangiektasien auf** beiden Wangen und linkem Handrücken bei einer jungen Frau. Bestand seit der Pubertät. Anschwellen bei jeder Menstruation (vgl. Fuchs, Schles. derm. Ges. v. 29. II. 1921);

c) **isolierten Pemphigus der Mundschleimhaut** bei einem alten Mann. Seit Jahren kommt es zu schubweisem Auftreten von Blasen am Gaumen und Kehlkopf;

d) Fall mit unsicherer Diagnose: **Lichen Vidal** oder **pruriginöse Affektion?** Nach Durchnässung vor zwei Jahren traten bei dem jungen Mann sehr scharf umschriebene, vor allem auf die unteren Extremitäten und das Gesäß beschränkte, braunschwarze, follikuläre, zum Teil lichenifizierte Herde auf (Knie und Teile der Fußrücken erscheinen mit scharfer Linie ausgespart). Einzelne Plaques erinnern an einen auf entzündlicher Basis sitzenden Lichen Vidal, einzelne an einen Lichen ruber verrucosus. Für Lichen ruber aber sonst nichts typisches. Salben- oder Ölschädigung lag nicht vor. Exzision ergab nichts Charakteristisches, keine Epithelveränderung.

Arndt demonstriert:

a) die **positiven Präparate des Tierexperiments** von dem in der Sitzung vom 12. VII. 1921 gezeigten Mann mit **Erythema induratum** an den Unterschenkeln. Die noch mehrfach angestellte WR und SGR blieben stets positiv;

b) Mann mit **rautenförmiger Glossitis** (Glossite losangique médiane de la face dorsale de la langue Brocq et Pautrier). Charakteristisch für die Affektion ist der Sitz immer auf der Zungenmitte. Die Zunge erscheint glatt, graurot oder lackiert, die Konsistenz ist ziemlich derb, in der Mitte besteht eine narbige Einziehung, oft ist die Zungenoberfläche leicht erodiert. Histologisch findet sich entzündliche Sklerose des Bindegewebes. Die Ätiologie dieser Veränderung ist unbekannt. Mit der luetischen Leukoplakie, für die die Affektion meist gehalten wird, hat die Veränderung nichts zu tun;

Digitized by Google

c) 60jähr. Frau, vor kurzem an Magenkarzinom operiert, mit **multiplen**, scheibenförmigen, ganz flachen, leicht verrukösen, benignen **Epitheliomen** am Rumpf.

Ledermann berichtet von einem Privatpat., bei dem die histologische Untersuchung eines ganz unscheinbaren fleckenförmigen Herdes an der linken Brust ein Basalzellenepitheliom ergab.

von Hauck: Demonstrationen von Favuskulturen: Achorion gallinarum.

Bergel: **Die biologisch klinische Bedeutung der Lymphozytose für die Syphilis.** Der typische Befund einer Lymphozytose, besonders bei der Tuberkulose und Syphilis, und ihr Fehlen bei anderen Infektionen erklärt sich aus der Wirkung eines je nach der Krankheitsursache veränderlichen Abwehrorgansystems bei der Entzündung. Die Lymphozyten sondern ein fetthaltiges Ferment ab; Fette und Lipoide üben eine elektive chemotaktische Wirkung auf die Lymphozyten aus. Es kommt zur Phagozytose der Fetttröpfchen nach Auswanderung der Lymphozyten aus den Gefäßen. Die Luesspirochäten sind lipoidhaltig oder sondern ein lipoides Toxin ab, das Antigen bei der WR hat Lipoidcharakter. Die lokale Reaktion der Syphilisspirochäten besteht in einer Ansammlung von Lymphozyten bezw. Plasmazellen, d. h. Lymphozytenabkömmlingen. Als Ausdruck dieser Lymphozytenreaktion wird im Blutserum von Syphilitikern ein erhöhtes Fettspaltungsvermögen gefunden, es enthält ein gegen das lipoide Luesantigen spezifisch eingestelltes, aus den Lymphozyten bezw. Lymphdrüsen stammendes, ambozeptorartiges, lipatisches Proferment, das beim Zustandekommen der WR durch das Komplement aktiviert, an das Lueslipoid herantritt und von ihm absorbiert wird. Es ist im höchsten Grade wahrscheinlich, daß die Wassermannsche Substanz identisch ist mit dem aus den Lymphozyten stammenden lipatischen Ambozeptor. Die aus den Lymphozyten stammende Lipase stellt sich auf das Antigen spezifisch ein, was das Verhalten des Liquors bei luetischer und tuberkulöser Meningitis gegenüber den beiden lipoiden Antigenen beweist. Die positive WR ist der Ausdruck der spezifisch lipolytischen, aus den lymphozytären Entzündungsherden stammenden Abwehrstoffe gegen die Spirochäten. Bei Lues maligna ist die WR oft negativ, weil die Produktion von lipatischen Antikörpern infolge mangelhafter lymphatischer Reaktion des Organismus ausbleibt. In lokalen Krankheitsherden, z. B. bei Iritis syphilitica, zeigt das Kammerwasser oft früher eine positive WR als das Blut, weil die aus den lymphozytären Entzündungsherden stammende Reagine früher und reichlicher in sie ergossen werden als in das Serum. Meist, wenn auch nicht immer, steht die Anzahl der Spirochäten im umgekehrten Verhältnis zur Stärke der lymphozytären Reaktion, weil sie durch die Lipase zum größten Teil abgebaut werden und nur dort zu finden sind, wo sie der Entwicklung der lymphozytären Elemente nicht unterliegen. Der positive Ausfall der WR muß hiernach bei vorhandener syphilitischer Allgemeininfektion als ein günstiges Symptom angesehen werden. Deshalb ist es verkehrt, ein Krankheitssymptom zu bekämpfen, der Angriffspunkt der Therapie muß stets die Krankheitsursache sein. Die negative WR ist in der Früh- und Spätlatenz zu fürchten als biologischer Ausdruck des Versagens der wirksamen Abwehrkräfte des Organismus. Die günstige Prognose hinsichtlich der Metalues der Fälle, die im Sekundärstadium ausgedehnte Hauterscheinungen gehabt haben, erklärt sich nicht aus der Schutzwirkung der Haut als besonderes Organ, sondern aus dem Schutz durch die ausgedehnten entzündlich-lymphozytären Infiltrationen, gleich, wo sie sich befinden.

Teilhaber versuchte rein empirisch durch Injektion von Lymphdrüsenextrakt eine Beeinflussung der Lues.

Heller meint, daß die Abstammung der Plasmazellen von den Lymphozyten noch sehr strittig sei, und fragte, wie B. die Erfolge der Drüsenpunktion mit seinen oben dargelegten Anschauungen vereinen könnte.

Bergel: Nicht auf den Lymphextrakt, sondern auf die spezifische Einstellung auf das Antigen kommt es an. Für die meisten Pathologen ist die Abstammung der Plasmazellen von den Lymphozyten erwiesen. Bei der Drüsenpunktion findet man fast nie in den Keimzentren Spirochäten, sondern stets in den peripheren, bindegewebigen Elementen. Während man im Primärstadium mit 80—90% positivem Befund rechnen kann, findet man im sekundären Stadium nur in 40—50% Spirochäten bei Drüsenpunktionen.

Digitized by Google

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Oktober 1921.

Sachs: **Sklerodermie und Sklerodaktylie.** Bei der 49jähr. Frau Veränderungen an beiden Händen seit 10 Jahren. Finger in Krallenstellung, Haut verdickt, glatt, glänzend, mit Erscheinungen der Raynaudschen Erkrankung, vasomotorische und sensible Erscheinungen. Nägel brüchig, zum Teil verloren gegangen, Nagelendphalangen deformiert. Außerdem seit 5 Jahren Starrheit der Gesichtshaut.

Oppenheim: **Urticaria anularis et figurata recidivans.** 53jähr. Patient, an der Körperhaut, besonders am Stamme, bei Freibleiben des Gesichts derbe, düsterrote, disseminierte und in Kreisen angeordnete Papeln. Die Kreise umschließen abgeheilte, blaurote Zentren. Derbheit der Effloreszenzen so groß, daß sie den Eindruck eines Neugebildes machen, doch verschwinden sie auf Glasdruck und sind ziemlich ephemerer Natur. Kein Dermografismus, Jucken nicht sehr heftig. Beginn vor 5 Jahren im Felde nach Erkältung. Schon damals Milzschwellung und Hyperglobulie. (Rote Blutkörperchen 7200000, weiße 4200, ausgesprochene Leukopenie.)

Oppenheim: **Syphilis-ulcerosa praecox nach überstarker Herxheimer-Reaktion.** 22jähr. Frau. Am rechten Daumen und der linken großen Zehe intensive Onychie und Paronychie mit Zerstörung des Nagels. Außerdem Rupia syphilitica am linken Unterschenkel und ausgedehnte ulzerierte Papeln der Mundschleimhaut. Vor 4 Monaten Sklerose und Exanthema maculosum, 20 Hg.-sal.-, 5 Neosalvarsaninjektionen 0,45, 1 Milchinjektion und 20 Mirioninjektionen. Nach jeder Injektion, die zum erstenmal verabreicht wurde, Fieber, Aufflammen der Effloreszenzen, Papulöswerden und Vermehrung.

Der Fall zeigt, daß überstarke Herxheimer-Reaktionen kein günstiges Prognostikon für den Ablauf der Lues zulassen. Sie sind ein Beweis für unrichtige Dosierung. (Vgl. W. kl. W., 1921, Nr. 23.)

Oppenheim: **Lues recens oder Pityriasis lichenoides chronica mit Atrophia cutis idiopathica progressiva.** 27jähr. Frau, im Nacken Leukoderma, Flecken an Größe etwas ungleich; Vorderteil des Halses frei. An den oberen Extremitäten, reichlicher an den unteren, braunrote Flecken und Papeln mit kleienförmiger Abschuppung. Handteller und Fußsohlen übersät mit braunroten bis linsengroßen Flecken und Knötchen; Hand- und Fußrücken diffus schuppend. Von den Nates abwärts bis über die Knie Atrophia idiopathica. Schleimhäute, Genitale, After frei; keine Drüsenschwellung. WR —.

Volk: **Erythema elevatum et diutinum.** 42jähr. Patientin, auf den Handrücken leicht erhabene Kreise von 1 cm Durchmesser, aus kleinen, weißlichen, ziemlich derben Knötchen sich zusammensetzend, die jetzige Attake ist die zweite seit einem halben Jahre; bei der ersten einige Kreise auch am Halse. In diesem Falle ist es das erstemal, daß gleichzeitig Hauttuberkulose besteht (Lupus nasi et palati), was die tuberkulöse Ätiologie stützt. Histologische Veränderungen (in der Kutis, um Gefäße gelagerte Infiltrate, aus epitheloiden Zellen und Leukozyten, da und dort kleinste Herde beginnender Nekrose), wie sie dem Granulom zugeschrieben werden; andererseits kann die Nekrose beim Granulom fehlen. Der mehr akute Verlauf erklärt die weniger tiefgreifenden Gewebsveränderungen, rechtfertigt aber nicht die Scheidung des Erythema elevatum vom Granuloma anulare.

Kren: **Pityriasis lichenoides chronica** bei 6jähr. Mädchen, dicht disseminiert, auffallend deutliches Leukoderm.

Kren: **Eigentümlicher Haarausfall.** 26jähr. Patientin weist eine Behaarung des Kapillitium auf, die in den vorderen Anteilen einem seborrhoischen Effluvium des Mannes mit ungewöhnlich „hohen Ecken" entspricht, in den hinteren und seitlichen Anteilen und besonders im Nacken kleinmünzengroße kahle Herde, zwischen denen nur wenige Haare stehen. Am Scheitel die Behaarung schütter, doch normal gestellt. Haut nirgends entzündet, Follikeltrichter zum Teil vorhanden, in den „Ecken" erweitert, mit geringen seborrhoisch-fettigen Auflagerungen. Crines und Pubes spärlich. In der Aszendenz keine ähnliche Affektion. Genitale nicht infantil. Die Haare sollen angeblich nach Scharlach ausgefallen sein.

Kren: **Periorale Entzündung mit Narbenbildung.** 83jähr. Patientin mit seit 1 Jahr bestehender perioraler bläulichroter Verfärbung, ziemlich scharf umgrenzt, an Unter- und Oberlippe nahe Lippenrot eigentümliche Narben, Peripherie progredient. Narbe wie zernagt. An der rechten Wange zwei linsengroße, fleckenförmige Erytheme als

Digitized by Google

Primär-Effloreszenzen. Lupus erythematodes ist mit dieser Lokalisation und Abheilung nicht in Einklang zu bringen.

Kren: **Luetisches Spätexanthem.** 42jähr. Patient mit girlandenförmiger, leicht elevierter Erythemlinie, die von der Lende über die Flanke bis zum Nabel reicht und als einziges Symptom einer anamnestisch nicht eruierbaren Lues aufzufassen ist. WR +. Ähnlichkeit mit Creeping disease.

Kren: **Eczema scrofulosorum.**

Brünauer: **Impetigo chronica (Sabouraud-Balzer).** 11jähr. Mädchen, seit 3 Wochen über der linken Wange eine bläulich-weiße, dicke Kruste in Form von zwei konfluierenden Scheiben, von einer wallartigen, blasigen Epidermisabhebung umgeben. Peripher von letzterer eine akut gerötete Zone mit kleinsten Bläschen.

Oppenheim hält den Fall für Vaselinoderma verrucosum. (W. kl. W., 1916, Nr. 41 u. Arch. f. Derm., Bd. 131, S. 272.) Die zentrale Schuppe mit stalaktitenartigen Fortsätzen an der Unterseite und den hellroten, glänzenden, derben Knötchen an der Peripherie, die zu zusammenhängenden, ebensolchen Papeln konfluieren, sprechen dafür.

Ehrmann: **Pityriasis lichenoides chronica.** Auf kombinierte Behandlung mit Arsen und Quarzlicht in Abheilung. Es ist der 6. derart behandelte Fall. Es muß eine Reihe von Arsen-(Kakodyl)-Injektionen vor der Lichtbehandlung gegeben werden, die sensibilisierendes Agens darstellen. Brünauer fand Arsen in den Gefäßen der Papillar- und Subpapillarschicht.

Ehrmann: **Lepra tuberosa** aus der Gegend von Ismail (Bessarabien), wo Lepra sporadisch vorkommt. Knoten symetrisch angeordnet im Gesicht. Kleinere Knötchen auf den Extremitäten, gleichzeitig Atrophien nach geschwundenen Knoten, sowie ein Geschwür am linken Unterarm. Ferner Hyperkeratosen an den unteren Extremitäten. Innere Organe intakt, keine Nervenlepra. WR —, auf Tuberkulininjektion keinerlei Reaktion. Auf Röntgenbestrahlung verkleinern sich die Knoten, ohne Abnahme der Bazillen in den Schnitten; außerdem Behandlung mit Nastin.

Ehrmann: **Dermatitis herpetiformis.** Blasen und zirzinäre Erytheme, außerdem von Arsenbehandlung Hyperkeratose der Palmae und Plantae, sowie Hyperpigmentierung zwischen den Effloreszenzen. Auf Quarzlicht Schwund der exsudativen Erscheinungen.

Aus der Klinik Riehl:

Fuhs: **Mikrosporie.** 10 Kinder. Diagnose mikroskopisch und kulturell sichergestellt. Bei 4 Kindern ursächlicher Zusammenhang mit den 1910 von Stein und Schramek, 1919, 1920 und im Frühjahr 1921 beobachteten sporadischen Mikrosporiefällen. Die Affektion bei den übrigen 6 Kindern wahrscheinlich aus dem Auslande eingeschleppt.

Oppenheim meint, daß die Endemie allenthalben in Wien herrsche. Kurzschneiden der Haare, Einreiben mit 10%iger Tartarus-stibiatus-Salbe zweimal täglich bis je 14 mal hat sich ihm gut bewährt. Es entstehen Follikulitiden und Abszesse, die eine tiefe Trichophytie vortäuschen. Ist es soweit, dann Behandlung mit Umschlägen und Borsalbe.

Arzt hat mit dieser Behandlung die schlechtesten Resultate erzielt. Röntgenbestrahlung und Schälkuren mit Jodtinktur zeigten die besten Ergebnisse.

Volk kann der Methode nicht das Wort reden, da sie schmerzhaft ist und Narben hinterläßt.

Fuhs: **Sclerosis labii superioris.**

Arzt zeigt ein ähnliches in der Mitte der Oberlippe gelegenes Geschwür. Die Diagnose, welche lange zwischen Lues und Tuberkulose schwankte (WR —), wurde erst durch den histologischen Befund in der zweiten Exzision, der für Tuberkulose spricht, geklärt.

Fuhs: **Sklerose der Wange mit Exanthem.**

Kumer: **Atrophia cutis idiopathica** an beiden unteren Extremitäten.

Kumer: **Pityriasis rosea.** 10jähr. Knabe. Neben der Ausbreitung am Stamme bis kronenstückgroße, scharfbegrenzte Herde, die reichlich kleienförmige Schuppung aufweisen, an der behaarten Kopfhaut.

Kumer: **Pemphigus vulgaris.** 58jähr. Mann. Befallen sind Beugeseiten der Extremitäten, Genitale und Mund.

Kumer: **Vaselinoderma auf einem Bromoderma.**

Arzt: **Lichen syphiliticus.** 32jähr. Frau. Histologisch nur in den oberflächlichen Schichten des Koriums kleinste, aus Epitheloidzellen bestehende Herde mit randständigen Riesenzellen.

Digitized by Google

Arzt: **Ulcus tuberculosum.** 41jähr. Mann mit kompletter Heiserkeit, am Mundboden, unter der Zunge — auf das Frenulum übergreifend — ein teilweise belegtes Geschwür.

Arzt: **Hereditär-luetisches Kind mit negativer WR und negativem Liquor der Mutter.** 22jähr. Frau, die jede venerische Affektion negiert, jedoch drei Abortus durchmachte. Beim Kinde Pemphigus syphiliticus, Psoriasis palmaris und plantaris und Papeln im Gesicht bei hochpositiver Blut-WR, später Pseudoparalyse der linken oberen Extremität.

Arzt: **Neugeborenes Kind mit manifesten Lueserscheinungen bei negativer Blut-WR von Mutter und Kind.** 30jähr. Frau, zwei Abortus, erscheinungsfrei, Blut-WR —, Meinicke Liquorbefund +. Das Kind zeigt Psoriasis palmaris und plantaris, Papeln im Gesicht und ad nates, WR im Blute, sowie Liquor —.

Mitteilungen aus der Literatur.

Erfrierung, Verbrennung, Wunden.

Über Ledecksche Knochenatrophie nach Verbrennungen, von J. Dubs-Winterthur. (M. m. W., 1921, Nr. 36, S. 1141.) 7 Fälle. Verbrennungen 1.—2. Grades. Subjektive Erscheinungen: Schmerzen und leichte Ermüdbarkeit, die sich einige Wochen nach der Verbrennung einstellten. Pathogenese: Bei Verbrennungen 1. u. 2. Grades vielleicht trophoneurotische Einflüsse, bei solchen 3. Grades vielleicht chemisch-biologische Veränderungen im Kalkaufbau des Knochens durch toxische Einflüsse.

A. v. Notthafft-München.

Hautdiphtherie in der Landpraxis, von R. Spiegelberg-Insel Poel bei Wismar. (D. m. W., 1921, Nr. 36, S. 1068.) Verf. berichtet über 11 Fälle von Wunddiphtherie. Der klinische Verlauf äußert sich in impetigenöser Oberhautentzündung, Abhebung eines dünnen Epidermishäutchens, Nekrose der gesamten Epidermis, Umwandlung in eine derbe, fibrinöse Membran, Nekrose des Koriums. Behandlung mit Jodoform oder weißer Präzipitatsalbe.

F. Harry-Berlin.

Über das Verhalten der Haut um offene Wunden, von K. Kreibich-Prag. (B. kl. W., 1921, Nr. 22, S. 570.) Bei einem Fall mit Verbrennung 2. resp. 3. Grades zeigte sich an der ganzen Körperseite eine auffallend starke Neigung zur Cutis anserina. Als die Wunden geheilt waren, hörte der Reflex auf, der also nur solange bestand, als die Nervenendigungen in der Wunde frei lagen. Es besteht eine Beziehung zwischen der geänderten Innervation und der Ekzembereitschaft. Die Arrektion hebt die Follikel heraus, an denen sich Ekzem zuerst lokalisiert.

G. Heymann-Elbing.

Impetigoformen, Pyodermien.

Choleval bei infektiösen Hauterkrankungen, von Goldmann-Reinheim. (Ther. d. Gegenw., 1921, H. 9, S. 366.) In 8 Fällen hat Verf. mit Choleval bei infektiösen Hautprozessen, besonders Furunkulose, auffallend rasche Heilerfolge gehabt. Die bakterizide Wirkung des Cholevals beruht darauf, daß das gallensaure Natrium den Zellkomplex stört, keimtötend und adstringierend wirkt, und dadurch die Entzündungserreger dem bakteriziden Silber zugänglich gemacht werden. An behaarten Stellen vorherige Enthaarung durch das Clasensche Mittel empfohlen.

E. Langer-Berlin.

Ekzem, Rosacea.

Die Behandlung des Ekzems mit der Straussschen Salbe, von Arthur Voigt-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 29, S. 804.) Verf. schildert die Wirkung der Straussschen Salbe auf eine Reihe von Patienten und empfiehlt ihre Anwendung bei der Behandlung der Ekzeme.

G. Heymann-Elbing.

Ein Fall von akutem allgemeinem Ekzem, von Oskar Loewy. Ges. f. inn. Med. u. Kinderhlk., Wien, 25. Nov. 1920. (W m. W., 1921, Nr. 19, S. 858) Kind im Spielalter erkrankt hoch fieberhaft. Nach 4 Tagen Gesichts- und andere Ödeme, Bläschen an Kopfhaut und Ohren usw. Später Nässen, Krustenbildung, Schuppung, Heilung. Urin in Ordnung. Diphtheriebazillen negativ. Eine Schwester mit 3 Monaten an Pemphigus (Ritter?) gestorben, eine andere war an schwerer Hautdiphtherie erkrankt, ein drittes Kind, trotz Behandlung, an hartnäckiger Impetigo.

E. Riebes-Königsberg.

Digitized by Google

Psoriasis.

Über den von Rasck aufgefundenen angeblichen Psoriasiserreger Spirochaeta sporogona psoriasis, von W. Oelze. (B. kl. W., 1921, Nr. 22, S. 573.) Von der Rasckschen Psoriasis erregenden Spirochäte samt ihrem Entwicklungszyklus hat sich weder im Giemsaausstrich, noch im Schnitt, noch im Dunkelfeld irgend etwas finden lassen. G. Heymann-Elbing.

Behandlung der Psoriasis mit intravenösen Injektionen von 20%iger Natr. salicylicum-Lösung, von O. Sachs. Ges. der Ärzte in Wien, 21. I. 1921. (W. m. W., 1921, Nr. 5, S. 240.) Pro dosi 2—5 g Natr. salyc. Nach 6—8 Injektionen Heilung. Nach der 2.—3. Injektion lokale Reaktion an den Effloreszenzen. Erfolg nur in frischen Fällen. E. Riebes-Königsberg.

Zur Therapie der Schuppenflechte, von Viktor Pranter. (W. kl. W., 1921, Nr. 30, S. 368.) Verf. berichtet an der Hand eines Falles eine sehr günstige Beeinflussung von Psoriasiseffloreszenzen durch intravenöse bzw. subkutane Injektion von Chinin. E. Hornemann-Lüneburg.

Erythrodermien, Dermatitis exfoliativa, Pityriasis rubra usw.

Keratomalazie bei Erythrodermia desquamativa, von Richard Krämer. (W. m. W., 1921, Nr. 24, S. 1063—1066.) Bei typischer Leinerscher Erythrodermie später geheilte Keratomalazie. Als Ursache wird vermutet Mangel des Vitamins A bei der stillenden Mutter. E. Riebes-Königsberg.

Pityriasis rosea, von K. Leiner. Ges. für Inn. Med., Wien, 10. II. 1921, Demonstr. (W. m. W., 1921, Nr. 27, S. 1217.) Akut aufgetretene Dermatose, vornehmlich am Stamm bei einem Kinde. Behandlung der vier letzten Fälle mit intramuskulären Injektionen von 5 ccm Milch. Heilung nach einer Woche unter Abschuppung. G. Heymann-Elbing.

Bullöse Dermatosen.

Pemphigusheilung durch Terpentineinspritzungen, von Breuning, Ostkrankenhaus Berlin. (D. m. W., 1921, H. 7, S. 187.) Kasuistischer Beitrag. A. de Lemos-Hamburg.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Zur Frage der Behandlung der Furunkulose und verwandter Staphylokokkeneiterungen mit polyvalenter Staphylokokkenvakzine (Opsonogen), von R. Spaas-Sonnenstein. (M. m. W., 1921, Nr. 36, S. 1149.) Verf. beginnt mit 500 Millionen und berichtet über günstige Erfolge. A. v. Notthafft-München.

Aus der Praxis der Vakzinetherapie, von W. Rimpau und A. Keck-München. (M. m. W., 1921. Nr. 38, S. 1213.) An der Münchener bakteriologischen Untersuchungsanstalt werden Eigenimpfstoffe hergestellt. Verff. berichten über die Resultate bei 60 Fällen. Furunkulose, die zum Teil schon seit Jahren bestand, heilte rapid ab, in anderen Fällen zögernder oder mit Rückfällen. Aber auch hier ließ sich i. A. ein günstiger Einfluß beobachten: seltene und späte Rezidive, prompter Erfolg einer zweiten Kur, relative Überlegenheit über eine Lagervakzine. Subjektive Erleichterung des Patienten, rasche Heilung der ausgebildeten Furunkel und Rückbildung der entstehenden. — Von fünf frühzeitig behandelten Kolipyelitiden sind vier zur Heilung gekommen, zwei unter gleichzeitiger Klärung des Urins, zwei unter Umwandlung in eine Bakteriurie. In einem fünften Falle und in drei von vier veralteten wurde wenigstens Besserung erzielt. Auch Bakteriurien konnten subjektiv gebessert oder auch geheilt werden. Gleichzeitige lokale Behandlung scheint besonders wertvoll zu sein. Weiterhin wird über günstige Resultate bei Kolizystitiden, bei Erkrankungen der Harnwege durch andere Bakterien und postgonorrhoischer Urethritis berichtet. Akute Prozesse sind leichter zu beeinflussen als chronische, solche ohne besondere anatomische Veränderungen leichter als mit schwereren Veränderungen vergesellschaftete. Die Behandlung hat individualisierend zu geschehen. Hierzu genügt die klinische Beobachtung. Beachtung des opsonischen Index und der eosinophilen Zellen sind entbehrlich. A. v. Notthafft-München.

Die Behandlung der Furunkulose (Le Traitement de la Furonculose), von L. Rabut. (Gaz. des hôp., 1921, Nr. 61.) Zur Abortivbehandlung wird Thermokauter,

Digitized by Google

Elektrolyse, Jodtinktur in Verbindung mit Arnika oder Kampferspiritus, Chloralhydrat, Karbolsäure, besonders Azeton 4 : 10 empfohlen, für den entwickelten Furunkel Kataplasmen, Puder, Desinfektion der Umgebung, Bedecken mit Zinkpaste, Schutzpuder (Kupfersulfat 5,0 auf Zinkkarbonat 100,0); chirurgische Behandlung nur in Ausnahmefällen. Besonderer Schutz ist im Nacken erforderlich, an den Augenlidern prolongierte örtliche Bäder mit Quecksilberzyanür 10,0 : 1000,0, im Gehörgang Einträufelungen von gesättigtem Borsäure-Alkohol, Einlegen von Gaze mit Karbolsäure-Glyzerin, an der Oberlippe operative Behandlung wegen Gefahr septischer Komplikationen. Für die allgemeine Behandlung kommt möglichste Beseitigung eventueller Ursachen in Frage (Krätze, Phthiriasis, Gastroenteritis, Albuminurie, Gicht, Diabetes, allgemeine und lokale Hygiene). Von Medikamenten unterschwefligsaures Natrium (1,0—3,0), Schwefelkalzium (0,015), Salzsäure (10 Tropfen), Kohle (2,0). Arsen wird in neuerer Zeit von Milian widerraten. Schilddrüsenextrakt. Speziell gegen die Staphylokokken Klettenwurzelfluidextrakt 15,0 zu 300,0 Wasser; Bierhefe jetzt weniger. Vor allem Vakzinetherapie (Autovakzine und Stammvakzine, erstere besonders für Präventivbehandlung), deren verschiedene Anwendungen eingehend beschrieben werden. E. Levin-Berlin.

Die Röntgenbestrahlung der Schweißdrüsenentzündung in der Achselhöhle, von J. Basch-Breslau. (D. m. W., 1921, Nr. 31, S. 898.) Verf. empfiehlt die Röntgenbehandlung bei Schweißdrüsenentzündung der Achselhöhle mit 15 X, 4 mm Aluminiumfilter. F. Harry-Berlin.

Erysipel, Phlegmone usw.

Über Rotlaufinfektion beim Menschen, von A. Salinger-Schnackenburg a. E. (M. Kl., 1921, Nr. 15, S. 439.) Verf. hat mehrere Fälle von erysipelartiger Entzündung an den Händen und Armen bei Personen gesehen, welche mit rotlaufkranken Schweinen zu tun gehabt hatten, und er nimmt an, daß es sich um Übertragung von Schweinerotlauf auf den Menschen handele. Die Affektion erwies sich durchweg als gutartig und heilte unter Resorzinumschlägen meist in 8—14 Tagen ab. Besonders auffallend war neben der fleckigen Rötung die blaue Verfärbung der affizierten Hautstellen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über rotlaufähnliche Hauterkrankungen, von A. Greussing. (M. Kl., 1921, Nr. 35, S. 1060.) Salingers (M. Kl., Nr. 15) „Rotlaufinfektion beim Menschen" ist das altbekannte Pseudoerysipel oder Erysipeloid. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über rotlaufähnliche Hauterkrankung beim Menschen, von Alois Rösel-Wekelsdorf in Böhmen. (M. Kl., 1921, Nr. 34, S. 1028.) Verf. verweist auf Rosenbachs Beschreibung des Erysipeloids, die sich sehr genau mit der von Salinger (M. Kl., Nr. 15) geschilderten Beobachtung deckt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Übertragung des Schweinerotlaufs auf den Menschen, von Veilchenblau-Arnstein. (D. m. W., 1921, Nr. 35, S. 1030—1031.) Verf. berichtet über drei Fälle von Schweinerotlauf. 8—48 Stunden nach der Infektion trat Schwellung des Handrückens ein. Behandlung mit Bleiessig, heißen Bädern. In schweren Fällen gute Erfolge mit Susserin, Caseosan und Argochrom. F. Harry-Berlin.

Zur Kenntnis der Staphylokokkensepsis, von Hans Landau-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 36, S. 1061—1062.) Verf. berichtet über zwei zur Heilung gekommene Fälle von Staphylokokkensepsis, bei denen 2—3 Monate lang Staphylokokken im Blute nachgewiesen wurden. F. Harry-Berlin.

Belichtungs- und Ernährungsstörungen.

Über Kalkgicht, von F. Umber-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 32, S. 909.) Verf. beschreibt an Hand von einem demonstrierten und einem geschilderten Fall den Verlauf der in den Fingern auftretenden Kalkgicht. Ursache ist ein Ausfallen von Kalksalzen in gesundem Gewebe bei primärer Kalkretention im Kalkstoffwechsel. Die Therapie ist nur symptomatisch und wenig aussichtsreich. G. Heymann-Elbing.

Kasuistischer Beitrag zur hypophysären Theorie des Diabetes mellitus, von R. Bleibtreu-Jena. (M. m. W., 1921, Nr. 36, S. 1153.) Ein Fall mit verhältnismäßig geringem Zuckergehalt des Harnes und Vorherrschen der Polyurie. Röntgendurchleuchtung machte einen Tumor der Hypophysis wahrscheinlich. Verf. nimmt eine Hyperfunktion des Hinterlappens derselben an. Auf Pituglandol hin trat Azeton auf.
A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Experimenteller chronischer Skorbut (Scorbut expérimental chronique), von G. Mouriquand und P. Michel. (Sitzung der Société médicale des Hôpitaux de Lyon vom 1. III. 1921. — Lyon méd., 1921, Nr. 11.) Während man bisher beim Meerschweinchen nur eine akute, in vier oder fünf Tagen zum Tode führende Erkrankung hervorrufen konnte, die sich also von dem menschlichen Skorbut wesentlich unterschied, ist es gelungen, durch sterilisierten Zitronensaft unzweifelhafte skorbutische Erscheinungen zu bewirken, die nach 87—107 Tagen auftraten und bereits 23—43 Tage bestanden. Die Erscheinungen traten auf, während die Meerschweinchen sich in gutem Ernährungszustande befanden, bisweilen hatten sie sogar ihr Gewicht vermehrt.

E. Levin-Berlin.

Pigmentanomalien.

Untersuchungen über die Ursache der Canities, von Friedrich Ruckstuhl. (Inaug.-Dissert., Zürich 1918.) Genaue, mit Hilfe der Dopamethode angestellte histologische Untersuchungen der Kopfhaut bzw. der Kopfhaare von acht Patienten, sowie der Barthaare in einem Falle haben ergeben, daß das Pigment der menschlichen Kopf- und Barthaare in den Epithelzellen der Haarwurzel, Haarmatrix und Haarbulbus aus einer farblosen Vorstufe durch die Tätigkeit eines intrazellulären Fermentes, der Dopaoxydase, gebildet wird. Da im Bulbus und Matrix weißer, pigmentloser Haare die Dopareaktion regelmäßig negativ ausgefallen ist, fehlt hier die Dopaoxydase. Auf einem im Alter eingetretenen Schwund dieses normalen pigmentbildenden Fermentes (der Dopaoxydase) beruht das physiologische Ergrauen der Bart- und Kopfhaare. G. Assmann-Kiel.

Amtliches.

Richtlinien für die Anwendung der Salvarsanpräparate.

(Aufgestellt vom Reichs-Gesundheitsrat.)

1. Die Salvarsanpräparate können bei allen Krankheitsformen der Syphilis angewandt werden. Besonders wirksam ist ihre Anwendung in der allerersten Zeit der Erkrankung. Je früher nach der Ansteckung eine genügende Salvarsanbehandlung eingeleitet wird (bezüglich Anwendung einer unterstützenden Quecksilberkur siehe Ziffer 13), um so günstiger ist die Aussicht auf Erzielung einer Frühheilung.

2. Voraussetzung für eine erfolgreiche Anwendung der Salvarsanpräparate und für die tunlichste Vermeidung von Störungen ist die vollständige Beherrschung der Technik ihrer Anwendung und die genaue Beobachtung der Kranken vor, während und nach der Behandlung.

3. Vor Einleitung der Behandlung ist eine genaue Befragung des Kranken über etwaige frühere Erkrankungen und über sein gegenwärtiges Befinden sowie eine sorgfältige Untersuchung (Herz, Urin) vorzunehmen.

4. Während des Bestehens von Gesundheitsstörungen auch leichterer Art (Erkältung, Angina, Magenverstimmung) sind Einspritzungen von Salvarsanpräparaten nur mit größter Vorsicht vorzunehmen, bei Gesundheitsstörungen schwererer Art sind sie am besten ganz zu unterlassen, ebenso bei Personen, welche die letzte Salvarsaneinspritzung schlecht vertragen haben und noch unter den Folgen der vorangegangenen Einspritzung leiden. Es empfiehlt sich nicht, bei nüchternem oder überfülltem Magen Salvarsaneinspritzungen zu machen.

5. Besondere Vorsicht in der Anwendung der Salvarsanpräparate ist ferner geboten: bei hochgradig unterernährten, kachektischen und schwer anämischen Kranken, bei Kranken mit Status thymo-lymphaticus, bei Diabetes, Struma Basedow und Addisonscher Krankheit, bei Lungentuberkulose, bei Herz- und Gefäßerkrankungen, bei Erkrankungen der Leber und der Verdauungsorgane, bei Fettsucht, Alkoholismus, Epilepsie und bei Erkrankungen der Niere oder dem Verdacht einer Nierenerkrankung, sowie beim Vorliegen einer Schwangerschaft (funktionelle Nierenprüfung!). In diesen Fällen ist zunächst mit tastenden Gaben vorzugehen und erst bei guter Verträglichkeit zu den normalen Dosierungen überzugehen. Ebenso ist zu verfahren bei Syphiliskranken mit

Digitized by Google

Erscheinungen seitens des Zentralnervensystems oder anderer lebenswichtiger Organe und bei Personen, welche bei früheren Salvarsaneinspritzungen Störungen irgend welcher Art hatten (Ziffer 10—12).

6. Die Höhe der bei den intravenösen Einspritzungen anzuwendenden Gaben ist unter Berücksichtigung des Körpergewichts, des allgemeinen Gesundheitszustandes und des Sitzes, der Art, der Schwere und der Ausdehnung der vorliegenden syphilitischen Erscheinungen in jedem Falle besonders festzustellen. Für die ersten Einspritzungen sind kleine Gaben (Dosierung I und II = 0,1—0,2 g Salvarsan, 0,15—0,3 g Neosalvarsan oder Salvarsannatrium, 0,1 Silbersalvarsan, bei kräftigen jugendlichen Männern bis höchstens Dosierung III = 0,3 g Salvarsan, 0,45 g Neosalvarsan oder Salvarsannatrium, 0,25 g Silbersalvarsan) und für die späteren Einspritzungen die größeren Gaben (Dosierung III und IV = 0,3—0,4 g Salvarsan, 0,45—0,6 g Neosalvarsan oder Salvarsannatrium, 0,25 bis 0,3 g Silbersalvarsan) zu empfehlen. Selbst zum Zweck einer Abortivkur sollte aber auch bei kräftigen sonst gesunden Männern als Einzelgabe Dosierung IV (0,4 g Salvarsan, 0,6 g Neosalvarsan oder Salvarsannatrium, 0,3 g Silbersalvarsan), bei Frauen als Einzelgabe Dosierung III (0,3 g Salvarsan, 0,45 g Neosalvarsan oder Salvarsannatrium, 0,25 g Silbersalvarsan) nicht überschritten werden. Bei der Dosierung für Kinder ist neben dem allgemeinen Kräftezustand besonders das Körpergewicht zu berücksichtigen.

Dosierung für Säuglinge:

0,005 —0,0075 g Salvarsan	je 1 kg Körpergewicht
0,0075—0,015 g Neosalvarsan oder Salvarsannatrium	
0,003 —0,006 g Silbersalvarsan	

7. Zwischen den einzelnen intravenösen Einspritzungen sind Zwischenräume einzuschieben, die bei größeren Gaben (Dosierung III bei Frauen, Dosierung IV bei Männern) etwa 3—7 Tage betragen sollen. Bei Anwendung kleinerer Gaben können die Einspritzungen in kürzeren Zwischenräumen gemacht werden.

8. Die Gesamtmenge Salvarsan, die innerhalb eines Zwischenraumes von 6 Wochen intravenös angewendet wird, sollte bei reiner Salvarsankur im allgemeinen 2,5—3,0 g Salvarsan, 4,0—5,0 g Neo- oder Natriumsalvarsan, 2,0—2,5 Silbersalvarsan nicht überschreiten. Anderseits kann, falls eine besondere Veranlassung vorliegt, bei sonst kräftigen Personen über die angegebenen Dosen auch hinausgegangen werden Voraussetzung für die Anwendung der Höchstmengen ist jedoch, daß die Kur andauernd gut vertragen wird (siehe die Ziffern 9—12). Bei kombinierter Behandlung mit Quecksilber ist eine vorsichtige Dosierung unter aufmerksamer Beobachtung des Kranken während der Behandlung (siehe Ziffer 13) besonders geboten.

9. Während der Kur, besonders am Tage der Einspritzung, sollen sich die Kranken vor ungewohnten körperlichen Anstrengungen und vor Exzessen jeder Art hüten. Es empfiehlt sich, die Patienten nach der Injektion eine viertel Stunde auf dem Ruhebett ausruhen zu lassen. Für gute Ernährung während der Kur ist nach Möglichkeit zu sorgen.

10. Die Kranken sind jeweils dahin zu belehren, daß sie auf etwa nach einer Einspritzung auftretende Störungen wie Kopfschmerzen, Übelbefinden, Schwindel, Erbrechen, Fieber, Ohnmachtsanfälle, Schlaflosigkeit, Gesichtsröte, Blutungen, Hautausschlag und etwaige Abnahme der Harnmenge achten und dem Arzt darüber alsbald auch unbefragt Mitteilung machen.

11. Vorkommnisse der in Ziffer 10 angeführten Art mahnen stets zur Vorsicht. Wenn sie ernsterer Natur sind, ist die Kur zunächst abzubrechen und die nächste Einspritzung frühestens 8 Tage nach Wiederkehr völligen Wohlbefindens vorzunehmen unter Verwendung einer kleineren Dosis bzw. eines anderen Salvarsanpräparates. Nach der ersten Einspritzung tritt nicht selten eine rasch vorübergehende Erhöhung der Körperwärme ein, die keinen Hinderungsgrund für die Fortsetzung der Behandlung darstellt. Dagegen mahnen alle im weiteren Verlauf der Kur auftretenden Temperaturerhöhungen zur Vorsicht.

12. Auf das Auftreten von Exanthemen auch nur leichter und flüchtiger Art ist besonders zu achten, da sie leicht übersehen werden können. Bei Anzeichen solcher Erscheinungen ist die Behandlung sofort auszusetzen. Bei Exanthemen auch leichterer Art ist eine Unterbrechung der Kur (mindestens etwa 14 Tage) erforderlich, da eine zu frühzeitige weitere Zufuhr von Salvarsan (und auch von Quecksilber) schwerste universelle Hautentzündung zur Folge haben kann. Bei universeller Hautentzündung ist die Kur gänzlich abzubrechen und von jeder weiteren antisyphilitischen Behandlung

Digitized by Google

zunächst Abstand zu nehmen. Vor der Wiederaufnahme der Behandlung, die nur mit größter Vorsicht erfolgen soll, empfiehlt sich die Zuziehung eines Facharztes.

13. Bei der jetzt vielfach angewandten kombinierten Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber muß auf die Nebenwirkung beider Präparate besonders geachtet werden. Es empfiehlt sich dringend, bei frischer Syphilis vor Ausbruch der Allgemeinerscheinungen, besonders bei noch negativer Wassermannscher Reaktion mit der Salvarsanbehandlung zu beginnen.

14. Die Anwendung aller Salvarsanpräparate hat unter Beobachtung strengster Asepsis zu erfolgen.

15. Die Herstellung der Lösungen der einzelnen Salvarsanpräparate ist jeweils unmittelbar vor der Einspritzung mit besonderer Sorgfalt unter Beachtung strenger Asepsis und unter Berücksichtigung der jeder Präparatpackung beiliegenden Anweisung vorzunehmen. Eine Lösung der Präparate in der Spritze ist zu vermeiden. Auch soll zur Herstellung der Lösungen nicht Leitungswasser, sondern steriles, frisch destilliertes Wasser benutzt werden, das leicht angewärmt ist, jedoch nicht über Körperwärme erhitzt sein darf. Es ist zweckmäßig, das destillierte Wasser zur Lösung der Präparate selbst unter Benutzung von Gefäßen aus Quarz oder Jenaer Glas durch doppelte Destillation herzustellen oder das in Ampullen im Handel befindliche sterile destillierte Wasser zu benutzen. Es dürfen nur vollkommen klare Lösungen von Salvarsanpräparaten eingespritzt werden, die frei von sichtbaren Teilchen sind (siehe auch die Gebrauchsanweisungen der einzelnen Salvarsanpräparate).

16. Da alle Salvarsanpräparate, besonders Neosalvarsan und Salvarsannatrium, sich bei Zutritt von Luft leicht zersetzen und eine erhöhte Giftigkeit annehmen, so ist jede einzelne Ampulle der Präparate, bevor sie in Gebrauch genommen wird, genau darauf zu prüfen, daß sie nicht schadhaft ist. Der Inhalt schadhafter Ampullen darf nicht in Benutzung genommen werden, ebensowenig Reste aus früher geöffneten Ampullen, sowie Präparate, die eine abweichende Färbung zeigen. Die frisch zubereiteten Lösungen sind sofort zu verwenden. Es ist unzulässig, gebrauchsfertig hergestellte Lösungen aus den Apotheken zu beziehen, eine größere Menge Lösung für mehrere nacheinander zu behandelnde Kranke herzustellen sowie überhaupt die Lösungen längere Zeit stehen zu lassen.

17. Bei den intravenösen Einspritzungen ist sorgfältig darauf zu achten, daß die Nadel der Spritze außen mit der Salvarsanlösung nicht benetzt ist und nach dem Einstich gut in der Vene liegt, so daß eine Verletzung der Innenhaut der Vene oder deren Durchstechung während der Einspritzung nicht erfolgen kann. Die Einspritzung ist langsam vorzunehmen. Bei der geringsten Schmerzäußerung, bei den geringsten Anzeichen einer Infiltrat-(Quaddel-)bildung sowie bei den leichtesten Erscheinungen von Atembeschwerden ist mit der Einspritzung sofort aufzuhören. Ebenso ist, sobald sich bei der Entleerung der Spritze ein Hindernis bemerkbar macht, die Einspritzung zu unterbrechen und erst wieder fortzusetzen, nachdem man sich durch Ansaugung von Blut in die Spritze von der richtigen Lage der Kanüle in der Vene überzeugt hat.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Die nächste Versammlung der **Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte** wird als Hundertjahrfeier vom 18. bis 24. September in Leipzig stattfinden. Einführender der Abteilung für Dermatologie und Syphilidologie ist Prof. Dr. Rille, welcher schon jetzt Anmeldungen von Vorträgen sowie Vorschläge für Themata zu Referaten entgegennimmt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

14. Januar 1922 | Nr. 2 | Band 74

Aus der Dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses und des Städtischen Krankenhauses Südufer (Prof. A. Buschke).

Beitrag zur Kenntnis des Leukoderma syphiliticum (subakute und universelle Leukoderme).

Von

Dr. W. Freymann, zur Zeit Oberarzt beider Abteilungen.

Die merkwürdige und oft in hohem Grade auffällige Veränderung der Hautpigmentierung, welche wir bei Syphilitikern in der Sekundärperiode — meist in der Nackenregion — neben oder auch ohne Symptome einer floriden Lues ziemlich häufig zu Gesicht bekommen, ist eins derjenigen Produkte der Lues, über deren Pathogenese keine Klarheit besteht.

Das schon seit langer Zeit klinisch bekannte — teilweise der Beschreibung nach verkannte — Bild dieser Pigmentanomalie wurde in klassischer Weise von Neisser im Jahre 1883 unter dem Namen Leukoderma syphiliticum beschrieben. Neissers vorzügliche Schilderung wie Namengebung hat wenigstens in Deutschland dieser eigenartigen Erscheinung ein klinisch einheitliches Gepräge gegeben[1]).

Die Kenntnis des Leukoderms sowie seine Diagnose sind seitdem nicht nur dem Dermatologen geläufig geworden. Die Bedeutung des Leukoderms jedoch ist bis heute nicht geklärt, ja es ist seine Spezifität nicht einmal ganz sichergestellt.

Zu denjenigen, welche das Leukoderm als kein spezifisch luetisches Produkt ansehen, gehören Fournier und Finger, welche das Leukoderm als parasyphilitische Affektion (Finger als Pendant zur Leukoplakie) hinstellen, ferner u. a. G. H. Fox (1878), der das Leukoderm als durch Lues bedingt, jedoch nicht als direkte Manifestation der Syphilis ansieht. Auf der anderen Seite sind Neisser, Mračeк, Thibierge u. a. unbedingt von der Spezifität des Leukoderms überzeugt. Eine dritte Gruppe von Autoren bringt das luetische Nervensystem in ursächlichen Zusammenhang mit der Entstehung des Leukoderms, so Schadek (1885), Leloir, Jarisch und Unna, welche an eine neurotische Ursache glauben; Jessionek deutet das Leukoderm im Sinne eines echten Neurosyphilides.

Einen Beweis für die Richtigkeit ihrer Annahme haben weder die Anhänger der Nichtspezifität noch die Anhänger der Spezifität erbracht. Für die Anschauung der ersteren scheint die Tatsache zu sprechen, daß jede Therapie dem Leukoderm gegenüber versagt hat (siehe weiter unten) und daß nebenbei in den Leukodermflecken noch nie Spirochäten gefunden

[1]) Vgl. Brandweiner, Leukoderma syphiliticum. Leipzig 1907 bei Franz Deuticke. — Fournier prägte den Namen Leucomélanodermie syphilitique (1893). Unna wählte gemäß seiner Anschauung die Bezeichnung primäres, fleckförmiges, pigmentiertes Neurosyphilid (1894).

Digitized by Google

wurden. Ferner muß man zugeben, daß sich der Leukodermfleck als solcher klinisch von einem depigmentierten Fleck einer geheilten Psoriasisstelle z. B. nur durch die Lokalisation und die Anordnung unterscheidet[1]). Aber gerade letztere beiden Punkte bilden ein so typisch klinisches Merkmal beim Leukoderm, daß eine Verwechslung nicht gut möglich ist[2]).

Weiter sei auch erwähnt, daß ebenso wie über die Spezifität des Leukoderms auch darüber keine Einigkeit herrscht, ob das Leukoderm im Zusammenhang mit dem luetischen Exanthem steht oder nicht.

Bazin (1868) sowie Riehl möchten eher den Zusammenhang mit dem Exanthem ablehnen, während zahlreiche Autoren wie Neisser, Ehrmann, Kaposi und Brandweiner unbedingt die Ansicht vertreten, daß das Leukoderm auf dem Boden und im Anschluß an ein Exanthem, und zwar fast ausnahmslos als makulöses Exanthem entsteht.

Die vorliegende Arbeit soll einige klinische Beobachtungen bringen, welche mir wohl geeignet erschienen, das Interesse auch in praktischer Hinsicht zu erregen, besonders da die zur Verfügung stehenden Fälle eine gewisse Bedeutung für die zur Zeit bestehenden Theorien von der Entstehung des Leukoderms beanspruchen.

Die Histologie ergibt beim Leukoderma syphiliticum keine wesentlichen Anhaltspunkte, welche irgendwie pathognomonisch von Gewicht wären; Spirochäten haben sich bisher im Leukodermfleck nicht finden lassen, und die rein anatomischem Pigmentveränderungen, welche den Gegenstand zahlreicher Untersuchungen abgegeben haben, dürften als solche von untergeordneter Bedeutung sein, solange die „Biologie" des Pigments nicht so weit geklärt ist, daß sie eine wirkliche Handhabe bei der Begutachtung der Pigmentveränderungen selbst abgeben kann.

Das klinische Bild, welches wir als Leukoderm bezeichnen, wird seinem Ursprung nach auf dreierlei Weise zu erklären versucht. Eine Reihe von Autoren (Buschke) sind der Anschauung, daß es sich beim Leukoderma syphiliticum um eine parenchymatöstoxische Schädigung des Hautorgans handelt. Nach Buschkes Anschauung wäre das Leukoderm in eine Linie zu stellen mit der als toxisch aufgefaßten spezifischen Parenchymerkrankung z. B. der Leber und Niere. Die größere Giftwirkung der Spirochäte, die intensivere Durchdringung des Organismus mit ihren eigenen Stoffwechselprodukten und die durch ihre Anwesenheit bedingte Störung im Stoffwechselgleichgewicht des Körpers selbst läßt sich unbestreitbar aus dem schwereren Verlauf der heutigen Lues (nach dem Kriege) feststellen. Offen bleiben muß jedoch die Frage, ob obige Anschauung von der parenchymatöstoxischen Ätiologie — wenn sie zu Recht für die viszeralen Organe besteht — auch auf das Hautorgan als Einheit übertragen werden kann; dagegen scheint zu sprechen u. a. Verlauf des Leukoderms, Anordnung sowie Lokalisation.

---

[1]) Es darf hierbei jedoch nur die durch spontan geheilte Psoriasisflecke depigmentierte Haut zum Vergleich herangezogen werden, da der weiße Fleck nach Chrysarobinbehandlung lediglich ein Effekt des Kontrastes mit der Umgebung ist und auch normalen Pigmentbefund zeigt (vgl. Jesionek, Über Leukoderm bei Lues, bei Psoriasis und Eczema seborrhoicum, M. m. W., 1906. Rille, Über Leukoderma syphiliticum, Deutsche Praxis, 1900). — [2]) Buschke konnte in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft am 8. XI. 1921 ein Leukoderm im Nacken eines Kindes nach Hautmikrosporie vorstellen, das lediglich durch die Anordnung von einem spezifischen Leukoderm zu unterscheiden war.

Digitized by Google

Eine mehr einheitliche Schädigung des Hautorgans kennen wir von Addison her; jedoch wird eine Parallele zwischen dieser Pigmentkrankheit und dem Leukoderm ebenfalls rein klinisch schon sehr in Frage gestellt. — Die endokrinen Drüsen sehen wir heute wohl mit Recht als die Regulatoren der komplizierten Organismusmaschinerie an, sie gewährleisten mit ihren Sekreten und Hormonen die ausgeglichene Arbeit des Stoffwechsels im weitesten Sinne. Es hat natürlich etwas Verlockendes, diese endokrinen Organe — in diesem Falle wohl die Nebennieren, welche oft spirochätendurchtränkt angetroffen werden — als die Urheber auch dieser Pigmentkrankheit zu beschuldigen; aber auch hier fehlt vorläufig noch eine wirkliche Basis, welche sich in positiver Weise ätiologisch für das Entstehen des Leukoderms verwerten ließe. Es muß also weiter nach anderen ätiologischen Möglichkeiten gesucht werden.

Das Nervensystem. Von den Leukopathien sind seit langer Zeit der Vitiligo und das Leukoderma psoriaticum neben dem Leukoderma syphiliticum Gegenstand aller möglichen therapeutischen Versuche gewesen, welche theoretischen Überlegungen vorangingen oder ihnen folgten; auf der einen Seite stand der Vitiligo, der als Folge einer zentral gelegenen nervösen Störung angesehen wurde, auf der anderen Seite die beiden Leukoderme, welche als Folge einer Stoffwechselanomalie galten. Durch die Untersuchungen von Buschke wurde zum ersten Male der Beweis geliefert, daß der Vitiligo in einer Anzahl von Fällen durch Quarzlicht zur Pigmentbildung angeregt werden konnte, was bis dahin bestritten wurde. Zahlreiche Nachuntersuchungen haben diese Experimente Buschkes bestätigt und erweitert, indem z. B. Stein (aus Jadassohns Klinik) zeigte, daß auch andere Reize im Vitiligofleck Pigment erzeugen können.

Im Gegensatz hierzu konnten Buschke und Eichhorn[1]) weder beim Leukoderma psoriaticum noch L. syphiliticum durch Licht oder andere Reize Pigment erzeugen. Aus diesen Versuchen schien sich zu ergeben, daß die beiden Leukoderme auch ätiologisch dem wohl zentral bedingten, neurogen entstandenen Vitiligo nicht an die Seite zu stellen seien, sondern anderen Ursprung, vielleicht peripherischer Art, hätten. Vielleicht jedoch muß diese Anschauung auch auf Grund neuerer diesbezüglicher Beobachtungen (siehe auch weiter unten) an unserer Abteilung einer erneuten Prüfung unterzogen werden. Denn sowohl Buschke als auch ich selbst haben in einzelnen Fällen, wenigstens beim Leukoderma syphiliticum, nach Quarzlichtbestrahlungen sowohl Pigmentierung als auch Verkleinerung der Flecken beobachten können.

Aber auch in anderer Beziehung glaube ich, daß man die Anschauung über das Leukoderma syphiliticum nachprüfen sollte, da es mir gelungen ist eine Reihe von Leukodermen zu beobachten, welche sozusagen mit dem Althergebrachten gebrochen haben. Erstens konnte ich abortive Leukoderme beobachten, welche in auffallender Beziehung zur Therapie zu stehen schienen, zweitens konnte ich das klinische Bild des Leuko-

[1]) Buschke, Notiz zur Behandlung der Vitiligo mit Licht. M. Kl., 1907, 33. — Buschke und Eichhorn, Über den Einfluß des Lichts auf Leukoderma syphiliticum usw. Derm. Zschr., Bd. 18. — Buschke, Über den Einfluß des Lichts auf das Leukoderma syphiliticum. Derm. W.

Digitized by Google

derma syphiliticum selbst verhältnismäßig oft in bisher ungewöhnlicher Form beobachten.

Meines Erachtens ist das Leukoderma syphiliticum nicht als eine selbständige Erkrankung in der Haut oder dem Pigmentapparat anzusehen, sondern als Folge der Erkrankung eines den Pigmentapparat regulierenden Zentralorgans, und zwar wahrscheinlich eines nervösen Organes. Dieses Zentralorgan erkrankt zuerst, und das Leukoderm bringt uns vielleicht erst einige Zeit später diese Erkrankung sichtbar zum Ausdruck. Die Therapie kann die Pigmentverschiebung nicht ausgleichen, bevor nicht das Zentralorgan zur normalen Funktion zurückgekehrt ist; ähnlich wie eine zentrale Fazialislähmung erst weicht, wenn die Therapie die luetische Affektion im Zentralnervensystem zum Abklingen gebracht hat. Das scheinbar spontane Abklingen des Leukoderm nach 1—2jährigem Bestehen bedeutet dabei durchaus nicht, daß die — in den beobachteten Fällen — doch inzwischen immer eingeleitete Therapie vergeblich war; bei einem länger bestehenden Leukoderm handelt es sich um eine inveterierte Erkrankung und selbst, wenn das Zentralorgan durch die Therapie schon ausgeheilt ist, bedarf es bis zum Ausgleich der Pigmentverschiebung in der Haut selbst noch geraumer Zeit.

Die Möglichkeit, daß die Therapie bei frischen Luesfällen und ganz frühzeitigem Einsetzen doch vielleicht nicht ganz ohne Einfluß auf das Leukoderm sein kann, muß auf Grund folgender Beobachtungen in Betracht gezogen werden.

Fall 21. Hildegard St., Infektion der Anamnese nach vor etwa 4 Monaten, bisher nicht behandelt. Aufnahmebefund 13. I. 1921. Roseola an Bauch, Brust und Rücken, Plaques im Munde, Papeln an den Genitalien, WR ++++; Behandlung mit einem Goldpräparat, danach Nierenreizung. Anschließend, da auch Salvarsan nicht vertragen wird, Schmierkur (etwa 70 g). Mitte März, im Anfange der Schmierkur Auftreten eines deutlichen Leukoderms an Hals und Nacken, welches am 23. IV., dem Entlassungstage, bereits wieder im Abnehmen begriffen und 5 Wochen später vollständig verschwunden ist. (Patientin ist dauernd in weiterer Beobachtung.)

Fall 57. Helene E., Infektion unbekannt, bei der Aufnahme am 16. VI. 1921 Papeln an den Genitalien, WR ++++. Im Laufe der kombinierten Kur zeigt sich am Nacken ein sehr deutliches Leukoderm, welches bis zur Entlassung, 2. VIII., unverändert fortbesteht. Am 1. X. stellt sich Pat. vor, das Leukoderm ist vollständig verschwunden (s. weiter unten derselbe Fall).

Zwei weitere Fälle, welche zur Beobachtung kamen, könnten ebenfalls auf einen Einfluß der Therapie zurückgeführt werden. Es sei hierzu gleich bemerkt, daß außer diesen Fällen andere Leukoderme im Entstehen verzeichnet werden konnten, welche absolut jeden Einfluß der Therapie im Zeitraum der Beobachtung vermissen ließen (etwa 8 Wochen).

Fall 56. Margarete Ki., Infektion unbekannt, Aufnahme am 10. V., frischer Primäraffekt an der Oberlippe, Papeln an den Genitalien, Roseola, WR ++++. Kombinierte Kur, welche schlecht vertragen wird, am 24. VI. läßt sich an der rechten Halsseite ein deutliches Leukoderm feststellen, welches eine kaum zweihandtellergroße Fläche einnimmt. Bei der Entlassung, Ende Juli, besteht das Leukoderm in gleicher Intensität und Ausdehnung fort und ist bis zum 1. X. nur wenig abgeblaßt (linke Halsseite ist wie am ersten Tage nicht befallen, ebenso nicht Nacken).

Fall 22. Ilse O., Infektion vor 10—11 Wochen, nicht behandelt. Aufnahme am 3. III. 1921, Papeln an den Genitalien, WR ++++, Gravidität 3. Monat, deutliches Leukoderm an Hals, Nacken, Brust und Schultern, wird am 15. IV. nach 10 Hg- und 10 Neosalvarsanspritzen entlassen. Das Leukoderm ist nur noch ganz unscharf zu erkennen; Patientin hat sich leider nicht wieder vorgestellt.

Digitized by Google

Diese vier genau beobachteten Fälle sind die einzigen von den etwa 70 im letzten Halbjahr verzeichneten Leukodermen, bei denen ein Einfluß der Therapie in Betracht gezogen werden kann, wofern man nicht annehmen will, daß vereinzelte Leukoderme spontan in abortiver Form abklingen. Bemerkenswert ist es, daß alle vier Kranken mit frischer Sekundärlues in Behandlung kamen.

Das gewöhnliche Leukoderm pflegt unter einem Jahr nicht zu verschwinden, meist besteht es $1^1/_2$—2 Jahre, selten länger. Gelegentlich sieht man zwar auch unter der Behandlung ein schon länger bestehendes Leukoderm abklingen, jedoch kann es sich dann auch um das bisher als spontan angesehene Verschwinden handeln.

Die Frage der Beeinflußbarkeit des Leukoderms durch die Therapie wird einerseits durch die fehlende spezifische anatomische Grundlage, andererseits durch die recht lange Dauer desselben und die dadurch bedingte schwierige Kontrolle der Patienten erschwert. Jedenfalls aber sprechen die angeführten Fälle für die Möglichkeit einer günstigen Einwirkung der frühzeitigen Therapie auf den Verlauf des Leukoderms in seinem klinischen Bilde; im Zusammenhang damit wäre es andererseits äußerst wissenswert festzustellen, ob das Leukoderm in der Intensität während seines Bestehens schwankt und besonders ob das Leukoderm rezidivieren kann, worüber scheinbar positive Erfahrungen fehlen.

Die Beeinflußbarkeit des Leukoderms durch andere als durch spezifische Mittel ist gleichfalls versucht, besonders mit ultraviolettem Licht (vgl. Buschke). Die Erfolge (siehe oben) sind bisher nicht gerade eklatant; immerhin sei hier ein Fall erwähnt, welcher in verschiedener Hinsicht großes Interesse beansprucht[1]).

Fall 58. Frau H., nach überstandener schwerer Salvarsandermatitis dauernd WR positiv. Frau H. stellte sich im Februar 1921, etwa 10 Monate nach der Infektion, 5 Monate nach der Salvarsandermatitis wieder vor. WR stark positiv, sonst keinerlei Luessymptome, sie erhält Quecksilber innerlich bis Anfang April; am 20. IV. kam Frau H. nach fast 14tägiger Pause wieder zur Vorstellung und wies ein akutes universelles Leukoderm vor, wie es bis dahin auf unseren Abteilungen kaum zur Beobachtung gekommen war. Hals, Nacken, Schultern, Brust, Rücken, Bauch, Nates und Oberschenkel waren von zahlreichen leukodermatischen Flecken von Pfennig- bis Fünfmarkstückgröße besetzt, die Flecke selbst zeigten — wie man es bei ganz akuten Leukodermen fast immer beobachten kann — stark verwachsene Grenzen, so daß das Zentrum bedeutend heller als die Peripherie aussah. Die Flecke an Hals und Nacken wurden wegen der groben Entstellung von mir sehr intensiv in 4 Wochen dreimal mit Höhensonne bestrahlt; ein gewisser Effekt zeigte sich nach zwei weiteren Wochen in der Form, daß die Größe der Flecken ganz deutlich abnahm und sich teilweise sogar bis auf die Hälfte zurückbildete. Dieser Rest der Leukodermflecke, welche ganz unregelmäßige Begrenzung im Gegensatz zu ihrer früheren rundlichen Form zeigten und intensiv weiß aussahen, hat sich seitdem nicht mehr verändert. Die Flecken am übrigen Körper wurden nach 3 Monaten etwa scheinbar um ein Geringes kleiner und erhielten deutlich eine schärfere Abgrenzung. (H. erhielt im April bis Mai 12 g einer 1%igen Sublimatlösung intramuskulär.) Irgend welche Schlüsse aus dem merkwürdigen Verhalten der Leukodermflecke an Hals und Nacken im Gefolge der Lichtbehandlung zu ziehen, erscheint gewagt und muß vorerst unterbleiben; daß jedoch das Licht irgendwie im Zusammenhang wenigstens mit der Lokalisation des Leukoderms zu stehen scheint, möchte ich durch zwei weitere Fälle als möglich hinstellen.

Fall 57 (s. oben). Helene H., 16. VI.—2. VIII., Infektion unbekannt, nicht behandelt. Bei der Aufnahme Papeln an den Genitalien; WR ++++. Kombinierte

[1]) Vgl. Buschke und Freymann. B. kl. W., 1921, Nr. 15.

Digitized by Google

Kur, 14 Tage nach Krankenhausaufnahme entwickelte sich am Nacken, etwas weniger an den Halsseiten, in der durch Blusenausschnitt stark sonnenverbrannten Haut ein in der stark pigmentierten Umgebung sehr deutlich wahrnehmbares Leukoderm, welches scharf an der Grenze der pigmentierten Haut absetzt und sich auch nicht weiter verbreitet.

Fall 64. Marie F., Aufnahme 28. V. 1921, Oedem dure, papulöses Exanthem. An den freien, stark sonnenverbrannten Hautpartien des Halses und Nackens deutliches Leukoderm, welches scharf mit der Pigmentierung absetzt. Entlassung 23. VIII., keine Veränderung des Leukoderms. Pat. hat sich leider nicht mehr vorgestellt.

Die Erklärung des Phänomens in ätiologischer Hinsicht ist mit irgend welcher Aussicht auf Wahrscheinlichkeit kaum zu geben; daß die Pigmentanreicherung in der sonnenverbrannten Haut dabei von Bedeutung sein muß, ist sinnfällig. Welche Rolle aber das schon bestehende Pigment spielt, muß dahingestellt bleiben.

Im Zusammenhang mit diesen beiden, besonders lokalisierten Leukodermen sei über die Lokalisation des Leukoderms im allgemeinen nach dem vorliegenden Material einiges beigefügt. Zahlreiche Autoren sind der festen Überzeugung, daß das Leukoderm auf dem Boden eines abklingenden oder abgeklungenen makulösen Exanthems entsteht. Brandweiner führt in seiner inhaltreichen und ausführlichen Arbeit zahlreiche klinisch beobachtete Belege für diese Anschauung an (S. 76 und 105). Es ist mir nicht möglich gewesen, auch nur in einem meiner neun in Betracht kommenden Fälle diese Beobachtung zu bestätigen [1]). Entweder hatten diese Patienten überhaupt keine Roseola, oder sie saß lediglich am Bauch.

Brandweiner meint, daß das Leukoderm auch auf dem Boden „invisibler" Roseolaflecke auftreten kann. Diese invisible Roseola darf man aber wohl mit Recht anzweifeln, denn die Roseola ist doch eins der leicht wahrnehmbarsten spezifischen Luesprodukte, und wenn sie nicht zur Wahrnehmung kommt, ist sie eben nicht vorhanden. Es bleibt also nur die wirkliche Roseola als Vorläufer des Leukoderms (wobei Brandweiner der Ansicht ist, daß nur die geringfügige Entzündung des makulösen Exanthems das Leukoderm hervorbringen kann während die intensivere Entzündung [Papeltyp] Hyperpigmentierung hinterläßt).

Warum aber zeigt das Leukoderm eine so beharrliche Vorliebe für gewisse Körperstellen! Die überwiegende Zahl der Leukoderme sitzt nur an Hals und Nacken, einer Stelle, die in recht wenigen Fällen eine Roseola aufweist. Das Leukoderm sitzt gerade dort, wo die Roseola selten beobachtet wird. An der Lieblingsstelle der Roseola, der Taille etwa, ist das Leukoderm selten und fast nur in Kombination mit einem sonstigen, dann meist ausgedehnteren Leukoderm zu finden. Die Entstehung des Leukoderms auf Grundlage des Exanthems ist vielleicht in einzelnen Fällen möglich, aber keineswegs die Regel; das Leukoderm entsteht meines Erachtens ganz unabhängig von dem Exanthem, und Lokalisation wie Anordnung sprechen gänzlich dagegen.

---

[1]) Lediglich in einem Falle (33) soll sich nach der Stationskrankengeschichte bei einem Manne rings um einige mit Pigment abgeheilte Papeln herum eine hellere Zone haben feststellen lassen. Ich konnte den Patienten leider nicht mehr sehen, da er bereits entlassen und nicht mehr auffindbar war.

Digitized by Google

Das „ordinäre" Leukoderm liegt in der Höhe der unteren Halswirbel- und obersten Brustwirbelsäule, dann sieht man es häufiger noch auf den Schulterblättern und um die Achselfalten, seltener auf der unteren Brust, Bauch und Rücken, sehr selten auf Nates und Oberschenkeln[1]). Diese sozusagen universellen Leukoderme, von denen ich ein in akutester Form aufgetretenes bereits oben angeführt habe, sind der Zahl nach in letzter Zeit recht viel häufiger bei uns zur Beobachtung gekommen (schon W. Fischer hat dies in einer Arbeit erwähnt); woran das liegt, läßt sich mit Sicherheit nicht entscheiden. Im allgemeinen kann man sich aber des Eindrucks nicht erwehren, daß viele dieser ausgedehnten Leukodermfälle bei ausgesprochen chlorotischen oder schwächlichen Individuen zu finden sind, wie ja das Leukoderm selbst unzweifelhaft bei zarteren Personen häufiger vorkommt als bei kräftigen. Hierin ist vielleicht auch einer der Gründe zu erblicken, welche bei der Frage der Verhältniszahl der Leukoderme bei männlichen und weiblichen Personen von Bedeutung sind. Dieser Index beträgt bei der vorliegenden kleinen Statistik etwa 1 : 3 auf je 300 männliche und weibliche Kranke berechnet, was eine recht erhebliche Prozentzahl für die Männer im Vergleich zum Ergebnis anderer Autoren ergibt. Ob das starke Überwiegen der Leukoderme bei den Frauen mit der im allgemeinen bei weiblichen Personen konstatierbaren starken physiologischen Pigmentschwankung (Pigmentierung während der Gravidität, Cholasma, Epheliden usw.) zusammenhängt, mag dahingestellt bleiben, die Möglichkeit ist jedoch nicht von der Hand zu weisen.

Von etwa 300 luetischen Männern wiesen 16 ein Leukoderm auf, von etwa 300 luetischen Frauen der einen Abteilung 42, von etwa 65 der anderen Abteilung 13. Unter diesen Leukodermen fanden sich bei den Männern 6 sehr ausgedehnte, bei den Frauen a) 12, b) 4. Von den 6 Männern waren 4, welche ein sehr intensives Leukoderm aufwiesen, sämtlich unbehandelt. Der 5. (mit einem abklingenden, sehr ausgedehnten Leukoderm) war gleichfalls unbehandelt und wußte von einer Infektion überhaupt nichts. Der 6. hatte sich vor 14 Monaten infiziert und bereits 2 Kurven absolviert. Über die Zeit des Auftretens bei dem 6. konnte nichts Sicheres ermittelt werden. Bei dem 1. der Männer lag die Infektion 3—4 Monate zurück, beim 2. und 3. etwa 6 Monate, beim 4. 9 Monate, beim 5. ungewisse Zeit.

Von den 12 Frauen, a):

Fall 58. Infektion vor einem Jahr, Salvarsandermatitis aufgetreten, Leukoderm während einer Hg-Kur in intensivster Form und sehr ausgedehnt zum Vorschein gekommen.

Fall 59. Infektion unbekannt, nicht behandelt, bei der Aufnahme universelle Drüsen am Körper, WR ++++, universelles Leukoderm, welches bis über die Unterkiefer hinaufreicht.

Fall 60. Infektion möglicherweise vor einem Jahr, nicht behandelt, WR ++++, sonst o. B.

Fall 61. Infektion vor einem Jahr, nicht behandelt. Vor 4 Wochen Geburt eines syphilitischen Kindes. WR ++++, sonst o. B.

---

[1]) Einmal konnte ich große leukodermähnliche, unter meinen Augen entstandene Flecken an beiden Ober- und Unterschenkeln eines Mädchens feststellen, das im übrigen ein Leukoderm auf den Schulterblättern vorwies (Fall 62).

Digitized by Google

Fall 65. Infektion vor etwa $^1/_2$ Jahr, nicht behandelt. Papeln an den Genitalien, WR ++++.

Fall 1. Infektion vielleicht Herbst 1920, Frühgeburt im Februar 1921, Körperdrüsen, WR ++++, nicht behandelt.

Fall 8. Infektion möglicherweise September 1920. Aufnahme Mitte Mai, organisierte Papeln an den Genitalien, follikuläres Syphilid, sehr intensives Leukoderm, vorher nicht behandelt.

Fall 11. Infektion unbekannt, nicht behandelt. Iritis specifica, Alopecia spec., follikuläres Syphilid, Papeln an den Genitalien.

Fall 14. Infektion vor etwa 6 Monaten, nicht behandelt, Alopecia spec. Papeln an den Genitalien.

Fall 22. Infektion vor etwa 10 Wochen. Gravidität 3. Monat, Oedem dure, Papeln, Drüsen (s. oben).

Fall 25. Infektion vor 4—6 Monaten, nicht behandelt, Genitaldrüsen und Papeln.

Fall 28. Infektion vor 6—9 Monaten. Allgemeine Drüsen. Riesenpapeln an den Genitalien, vorher nicht behandelt.

Von diesen 12 Fällen ist nur einer vorbehandelt; Alter der Lues nicht über ein Jahr.

Von den vier ausgedehnten Leukodermen der anderen Abteilung fand sich das erste, Fall 46, bei einer unbehandelten Patientin. Infektion unbekannt, WR ++++.

Das zweite, Fall 47, welches sehr ausgedehnt, aber nur noch angedeutet war, bei einer Patientin, die sich vor gut $^1/_2$ Jahr angesteckt hatte, und bisher eine Neosalvarsan- und zwei unvollständige kombinierte Kuren durchgemacht hatte. Fall 3 und 4 (66 und 67) wußten von ihrer Infektion nichts, waren noch nicht behandelt, wiesen nichts auf als einen positiven Wassermann.

Umgekehrt waren bei den weniger ausgedehnten Leukodermfällen von den 10 Männern vorbehandelt 6, von den 30 Frauen a) vorbehandelt 4, von den 9 Frauen b) 2.

Wenn sich auch mit Bestimmtheit aus dieser Gegenüberstellung kein Schluß ziehen läßt, so möchte ich doch nicht annehmen, daß es bloßer Zufall ist, wenn gerade unter den ausgedehnten Leukodermen fast nur unbehandelte Fälle zu finden sind.

Zusammenfassend sei gesagt, daß die universellen Leukoderme im Verhältnis zur Zahl der Leukoderme überhaupt zugenommen haben, und daß man sie meist bei nichtvorbehandelten Patienten findet. Die Frage, ob die Therapie nicht in einzelnen geeigneten Fällen das Leukoderm günstig beeinflussen kann, muß nach den hier beschriebenen einwandfreien Abortivfällen erneut geprüft werden. Das Leukoderm entsteht mit Sicherheit in der überwiegenden Zahl nicht auf dem Boden voraufgegangener Exantheme, sondern bringt uns wahrscheinlich als sekundäre Erscheinung eine voraufgegangene Erkrankung eines gleichzeitig den Pigmentapparat regulierenden (nervösen) Zentralorgans zu Kenntnis.

Digitized by Google

Aus der Universitäts-Hautklinik Hamburg und dem Dermatologikum Prof. Dr. Unna.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Ichthyosis hystrix.

Von

Dr. Wilhelm Blotevogel.

(Schluß.)

Stachelschicht.

Die Papillenköpfchen sind zunächst von indifferenten, kubischen, kleinen Stachelzellen umgeben, an denen die Stachelung sehr undeutlich ausgebildet ist. Nach der Körnerschicht hin nehmen diese Zellen an Größe zu, auch wird die Stachelung an einigen Stellen deutlicher. Pigment ist innerhalb der Stachelschicht nicht nachzuweisen.

Korium.

Die Papillen sind dünn und z. T. sehr lang ausgezogen. Die Gefäße sind unverändert; um die Gefäße herum finden sich kleine, stäbchenförmige Kerne vom Charakter der Kerne der Bindegewebszellen. Mitosen konnten nicht nachgewiesen werden. Die Zahl der Mastzellen ist gegenüber der Norm etwas vermehrt. Das elastische Gewebe ist unverändert.

Schweißdrüsen sind in normaler Zahl vorhanden und nicht verändert. Sie liegen tief im Kutisgewebe.

Im allgemeinen zeigt das histologische Bild dieses Falles eine große Ähnlichkeit mit den Bildern, wie sie Unna in seiner Histopathologie für die Hauthörner beschrieben hat.

Von einem Übergang der Stachelzellen in die Hornzellen ohne Körnerschicht, wie sie die älteren Autoren gesehen und beschrieben haben, war in unserem Fall nichts nachzuweisen; im Gegenteil war die Körnerschicht gut ausgebildet und Keratohyalin in übernormaler Menge vorhanden, aber offensichtlich verändert.

Einen dem unseren ähnlichen Befund erhob auch Gassmann. Er fand bei der Ichthyosis hystrix vera in den Paraffinpräparaten eine dem Eleidin morphologisch ähnliche Substanz, die sich mit Hämatoxylin und teilweise auch nach Gram färbte. Er nennt diese Substanz „modifiziertes Eleidin", und läßt es dahingestellt, ob die oben angegebene Farbreaktion der Ausdruck einer pathologischen Veränderung des Eleidins ist. Meiner Ansicht nach kann es sich aber bei dieser Substanz Gassmanns wohl schwerlich um Eleidin gehandelt haben, da dieses nur mit einfach sauren Farben, wie Nigrosin, nachweisbar ist. Jedenfalls halte ich Gassmann nicht für ohne weiteres berechtigt, diese Substanz als „modifiziertes Eleidin" zu bezeichnen, da es ihm selbst nicht gelungen ist, an in Paraffin in ähnlicher Weise eingeschlossenen Stücken von normaler Fußsohlenhaut das Eleidin mit Hämatoxylin, nach Gram, mit Pikroammoniakkarmin oder

Digitized by Google

Nigrosin zu färben. Da ich bei der Untersuchung unseres Falles gefunden habe, daß sich schon in der Körnerschicht Zellen nachweisen lassen, die sich in abnormer Weise sehr stark und homogen mit Hämatoxylin färben, so ist es wahrscheinlich, daß es sich auch bei GASSMANN um eine derartige, allerdings bis in die Hornschicht reichende Substanz gehandelt hat.

Pigment, wie es GASSMANN in der Keimschicht, wie es SCHOURP außerdem auch im oberen Teil des Koriums, und wie es UNNA stark bei der Ichthyosis nitida und geringer bei der Ichthyosis serpentina in der Keimschicht gefunden hat, war in unserem Fall nicht nachzuweisen.

Zahlreiche färbbare Kerne finden sich in unserem Fall nur in den Hornkuppeln, die sich über den Papillenspitzen befinden. Denselben Befund erhob GASSMANN auch in einem Fall, während er in zwei weiteren Fällen gleichmäßig verstreut färbbare Kerne durch die ganze Dicke der Hornschicht erhalten fand.

Im allgemeinen findet sich jedoch mannigfache Übereinstimmung zwischen den Angaben GASSMANNS und dem von uns erhobenen Befund, wie:

1. die Verbreiterung der Stachelschicht gegenüber der Norm,
2. eine scharf abgegrenzte, steilgipflige Kurve als Grenze der Stachelschicht gegen den Papillarkörper und der Körnerschicht gegen die Hornschicht,
3. Vermehrung der Menge des Keratohyalins, und
4. das Erhaltensein von färbbaren Kernen in der Hornschicht (abgesehen von der oben gemachten Einschränkung).

Da das elastische Gewebe in unserem Fall normal ist, sich außerdem, abgesehen von der geringen, perivaskulären Kernvermehrung keine Veränderungen an der Kutis finden, da die Schweißdrüsen unverändert sind, so bestätigt unser Fall die Annahme UNNAS, daß das Keratom, welches sich bei der Ichthyosis hystrix bildet, eine Geschwulstbildung für sich ist, da es keiner ichthyotischen Haut aufsitzt, und daß die Hyperkeratose innerhalb der veränderten Partie sich lediglich auf einen festeren Zusammenhang der Hornzellen beschränkt.

Sind nun die Keratome der Ichthyosis hystrix grundsätzlich von der diffusen Körperichthyosis zu trennen?

Über diese Frage gehen die Ansichten der Autoren auseinander.

DEVERGIE, BESNIER, THIBIERGE, KAPOSI trennen das Keratoma palmare et plantare von der diffusen Körperichthyosis ab. UNNA erklärt: Alle sogenannten lokalisierten Ichthyosen gehören nicht zur Ichthyosis.

Andere Autoren, wie JOSEPH, NEISSER u. a., wollen das Keratoma palmare et plantare nicht grundsätzlich von der Ichthyosis getrennt wissen. Ich bin auf Grund der Untersuchung unseres Falles der Ansicht, daß ein Übergang zwischen diesen Keratomen und der diffusen Körperichthyosis insofern besteht, als bei demselben Individuum beide Formen der Hyperkeratose nebeneinander vorkommen können, daß aber bei der Verschiedenheit des histologischen Bildes beide Formen grundsätzlich zu trennen sind.

Digitized by Google

Zum Schluß möchte ich noch mit einigen Worten untersuchen, ob wir aus dem histologischen Bild unseres Falles einige Rückschlüsse auf die Pathogenese der Keratome der Ichthyosis hystrix ziehen dürfen.

Die Annahme des follikulären Ursprungs ist seit Rindfleisch und Unna abgetan. Dafür wurde die Frage akut: Beruht die Entstehung der Hauthörner auf einer papillären, primären Bindegewebswucherung oder beruht sie auf einer primären Epithelwucherung?

Bevor wir an die Untersuchung dieser Frage herangehen, müssen wir uns Rechenschaft geben über die Begriffe „papilläre bzw. epitheliale Wucherung".

Bei einer papillären Wucherung müßten wir sowohl in der Länge wie in der Breite vergrößerte Papillen finden, wir müßten weiter junge Bindegewebszellen in einer dementsprechenden Anzahl, sowie Kernteilungsfiguren und Kapillarsprossung sehen.

Anders dagegen müßte das Bild bei der epithelialen Wucherung sein. Hier müßten wir eine starke Vermehrung des Epithels finden, das in den zunächst liegenden Bindegewebsanteil, also in diesem Fall die Papillen, eindringt und diesen erdrückt. Die Papillen müßten also teils fadenförmig ausgezogen und verlängert, teils niedergedrückt oder ganz verschwunden sein. Die Kriterien einer Bindegewebswucherung müßten fehlen.

Betrachten wir zunächst die von den einzelnen Autoren angeführten Ansichten, so glaubt zunächst Rindfleisch, daß für das Zustandekommen eines Hauthornes als Basis eine Anzahl präexistierender Hautpapillen notwendig sei. Auch die Entstehung auf Narben spreche nicht gegen diese Auffassung, da nach Unna der Papillarkörper sich in den meisten Fällen regeneriere. Pick, Franke, Herxheimer, Hildebrandt u. a. sind der Ansicht, daß die Wucherung des Bindegewebes, der Papillen und der Gefäße die primären Veränderungen bei der Entstehung von Hauthörnern seien.

Eine vermittelnde Stellung nehmen Kutscher, Borst, Ribbert u. a. ein, nach denen zur Entstehung eines echten Hauthornes eine gemeinsame Hypertrophie sowohl des Epithels als auch der Kutis gehört. Spietschke glaubt, daß zwar nicht vorgebildete Papillen für die Entstehung eines Hauthornes notwendig seien, wohl aber, das es Hauthörner ohne eine der Epithelwucherung vorangehende oder mit dieser gleichzeitigen Papillenwucherung nicht gäbe; es seien sowohl Wucherung der Papillen wie Hyperplasie der Epithelzellen wie gesteigerte Hornbildung erforderlich. Da jedes einzelne dieser Momente in den verschiedenen Fällen ganz verschieden ausgesprochen sei, so resultierten aus diesen Umständen die scheinbaren Widersprüche in den mikroskopischen Befunden.

Jarisch sucht die Frage so zu lösen, daß er mehr Rücksicht auf die Wechselbeziehung zwischen der Epidermis und dem Papillarkörper nimmt. „Man wird die Wahrheit wohl in der Mitte der beiden Anschauungen suchen und ein desmoepitheliales Wachstum, bei welchem bald die epitheliale, bald die bindegewebige Form überwiegt, annehmen dürfen, und dadurch den Differenzen, in den klinischen Erscheinungsformen und ihren Strukturen basiert, eher Rechnung tragen als von dem einseitigen Standpunkt des rein epithelialen oder papillären Ursprungs aus."

Digitized by Google

Demgegenüber betonen die Vertreter der Theorie des epithelialen Ursprungs mit Recht, daß sie von den notwendigen Kriterien einer papillären Wucherung nichts gesehen haben. UNNA erläutert den Vorgang der epithelialen Wucherung vor allem am Fibrokeratom. Dieses kommt dadurch zustande, daß die Hornschicht infolge stärkerer Vermehrung und abnormen festen Zusammenhanges (Schweißung) ihre Zellen anhäuft und in Form von Epithelzapfen und -kolben in das zentrale Fibromknötchen von oben her und von der Seite eindringt. Das Epithel spielt die primäre aktive Rolle, das Bindegewebe verlängert sich rein passiv. Dieser Ansicht schließen sich LEBERT, BÄTGE, DUBREUILH, BAAS, MITVALSKY usw. an.

Auch PHILIP schließt sich auf Grund der mikroskopischen Untersuchung zweier Hauthörner der Theorie des epithelialen Ursprungs an. Er fand zwar an der Kutis leichte Veränderungen. Kernanhäufungen und Erweiterung der Gefäße und Verästelung der Papillen, jedoch „auf ein selbständiges Wachstum des Bindegewebes aus diesen Kernanhäufungen oder Verästelungen der Papillen zu schließen, ist, abgesehen von dem Fehlen der Mitosen, schon durch die schmächtige Gestalt der Papillenausläufer vollkommen ausgeschlossen".

Betrachten wir nun unter den oben erwähnten Gesichtspunkten die Präparate unseres Falles, so finden wir an den Papillen keinerlei Erscheinungen, die als Voraussetzungen einer „Wucherung" notwendig wären. Wir finden keine jungen Bindegewebszellen, wir finden keine Mitosen, keine Kapillarsprossung. Dagegen finden wir eine mächtige Vergrößerung des Epithels, das tief zwischen die Papillen eindringt und diese entweder von der Seite zusammendrückt, so daß sie lang und fadenförmig erscheinen, oder sie von oben niederdrückt, so daß sie breit und niedrig erscheinen.

Bei diesem histologischem Bild ist es ganz unmöglich, die Verlängerung der Papillen als durch bindegewebige Wucherung entstanden zu denken, sondern durch die primäre epitheliale Wucherung sind die Papillen sekundär rein passiv verändert und durch den Druck des Epithels fadenförmig ausgezogen oder niedergedrückt worden.

Zusammenfassung.

1. Das histologische Bild der Keratome der Ichthyosis hystrix entspricht dem Bild, wie es UNNA für die Hauthörner beschrieben hat.

2. Ein Übergang zwischen den Keratomen und der diffusen Körperichthyosis besteht nur insofern, als bei demselben Individuum beide Formen der Hyperkeratose nebeneinander vorkommen, jedoch sind bei der Verschiedenheit des histologischen Bildes beide Formen grundsätzlich zu trennen.

3. Die Keratome der Ichthyosis hystrix sind epithelialen Ursprungs.

Literatur.

GASSMANN, Ichthyosis und ichthyosiforme Erkrankungen. Wien u. Leipzig 1904. — HEBRA, Atlas der Hautkrankheiten, 1859, Bd. 1—2. — HEBRA u. KAPOSI, Lehrbuch der Hautkrankheiten, 1876. — HUTCHINSON, Arch. of surgery, Jan. 1896. — JARISCH, Hautkrankheiten. In Nothnagels Handb., 1900. — JOSEPH, Ein Fall von Ichthyosis hystrix.

Digitized by Google

Demonstr. in d. Berliner Derm. Ges., Sitzung vom 1. III. 1897. Arch. f. Derm., 1897. — Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten, 1899. — Kaposi, Ein Fall von Ichthyosis. Verhandl. d. Wiener Derm. Ges., 1892. Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph., 1892. — Kaposi, Ein Fall von Ichthyosis hystrix. Verhandl. d. Wiener Derm. Ges., Sitzung vom 11. VII. 1890. Arch. f. Derm., 1891. — Mraček, Handbuch der Hautkrankheiten, Wien 1904, Bd. 3. — Philip, Zur Histologie des Hauthornes. Mh. f. pr. Derm., 1904, Bd. 39, Nr. 11. — Riecke, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Jena 1918. — Spietschka, Beitrag zur Histologie des Cornu cutaneum. Arch. f. Derm., 1890, Bd. 42. — Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten. In Orths' Lehrb. d. spez. pathol. Anat., 1894.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. November 1921.

Originalbericht von Dr. L. Klebeberg-Berlin.

I. Krankendemonstrationen:

Bruhns: a) **Impetigo herpetiformis** bei einer 35jähr., nicht graviden Frau. Die Affektion befindet sich zur Zeit in Abheilung. Befallen waren Axillarfalten, Brust, Arme, Inguinalfalten, Oberschenkel und Handflächen (flammendrote Bezirke mit miliaren Pusteln an den Randpartien — Pustelinhalt steril. — Auch die Mundhöhle mit Ausnahme der Papillen war befallen). Das Blutbild zeigte eine geringe Lymphozytose. Das Auftreten der Impetigo herpetiformis bei nicht graviden Frauen und beim Manne gehört zu den größten Seltenheiten. Bei der Frage der Ätiologie neigen die einen zur Annahme eines infektiösen Prozesses, die anderen zur Störung der inneren Sekretion (Schardeh: Insuffizienz der Epithelkörperchen nach Strumexstirpation und in der Gravidität. Echte und larvierte Tetanie der Graviden). Neurologisch fanden sich in diesem Fall keine Anhaltspunkte für eine Insuffizienz der Epithelkörperchen; auch das Röntgenbild der Hypophyse war normal.

b) 13jähr. Mädchen mit ausgedehnter überlebender **Ichthyosis congenita** — vor 10 Jahren schon einmal vorgestellt — Status idem; noch sehr charakteristisch. Ektropium, radiäre Falten um den Mund. Befallensein der Gelenkbeugen.

II. Ziemann: **Zum Problem der Syphilisspirochätenresistenz.** Bei der Frage der Syphilisspirochätenresistenz liegen drei Möglichkeiten vor:

1. können die Spirochäten eventuell durch den versteckten Sitz in gewissen Organen der Einwirkung der Heilmittel (Neosalvarsan usw.) entzogen werden;

2. kann der menschliche Organismus unter gewissen Umständen selber an Hg oder Salvarsan gewöhnt werden, so daß schließlich die genannten Mittel nur mangelhaft oder gar nicht mehr wirken;

3. sind die Spirochäten in Fällen von Hg- bzw. Salvarsanresistenz als der resistente Faktor zu bezeichnen.

ad 1. dürfte mit Ausnahme der durch Spirochäteninfektion des Zentralnervensystems bedingten progressiven Paralyse keine wesentliche Rolle spielen, wenn auch bei den Trypanosomenerkrankungen des Zentralnervensystems hinsichtlich der Unbeeinflußbarkeit des Krankheitsbildes mit Chinin eine scheinbare Analogie besteht.

ad 2. Ähnlich wie bei Chiningewöhnten besteht bei Hg- oder Salvarsangewöhnten die Möglichkeit, daß bei ihnen weniger Hg oder Salvarsan ausgeschieden und deshalb auch weniger wirken könnte als bei nicht Gewöhnten. Z. regt die experimentelle Prüfung dieser Fragen an. Der oft beobachtete besonders schwere Verlauf der Lues bei durch irgend welche Einflüsse geschwächten Individuen läßt in vielen dieser Fälle von scheinbarer Spirochätenresistenz die Frage berechtigt erscheinen, ob hier nicht die Minderung der Reaktionsfähigkeit der geschwächten Körperzellen eine wesentliche Rolle spielt. (Fehlen der allgemeinen Immunkräfte.)

ad 3. Die Annahme, daß durch ungenügende Salvarsanbehandlung im Beginn durch Gewöhnung entstandene resistente Modifikationen der Luesspirochäten entstehen könnten, steht im Widerspruch zu den Anschauungen der Vererbungslehre, die Vererbung erworbener Eigenschaften auf ihre Nachkommenschaft ablehnt. In der Praxis beobach-

Digitized by Google

tete man aber Fälle, wonach das Virus resistenter Luesfälle bei Neuinfektionen auch wieder resistente Fälle erzeugen hilft.

Es besteht weiter die Möglichkeit, daß bei der Syphilis ganz ähnliche Verhältnisse liegen wie bei der Malaria, bei der die einzelnen Parasitenrassen ungleich widerstandsfähig gegen Chinin sind und durch falsche Chininbehandlung eine schon bestehende, sehr resistente Rasse reingezüchtet werden kann.

Unter den Luesspirochäten könnten, wenn wir den Gedanken der Vererbungslehre folgen, trotz ihrer morphologischen Gleichartigkeit sich doch einzelne durch ihre vererbbaren speziellen Erbmerkmale unterscheiden. Bei der Vererbung nach den Mendelschen Gesetzen ist es möglich, daß bei der Fortsetzung einer schwächlichen Therapie schließlich nur die resistenten Formen übrigbleiben, daher lehnt Z. kleine Dosen Salvarsan im Prinzip ab, wenn auch Individualisierung bei der Behandlung eine selbstverständliche Forderung bleibt.

Es würde sich dringend empfehlen, sowohl bei echter Affen- wie bei Kaninchensyphilis den Versuch zu machen, eine Resistenzsteigerung und Züchtung resistenter Spirochäten zu erzielen:

a) durch Minderung der allgemeinen Immunkräfte (z. B. Unterernährung, Blutentziehung),

b) indem man einerseits die Dosis maxima tolerata des Salvarsans ausfindig macht, die schnelle Heilung der Infektion erzielt, andererseits mit diesen Dosen immer weiter heruntergeht bis zu Dosen, die nur noch schwache, aber keine sicheren therapeutischen Wirkungen hervorrufen; man könnte so hoffen, resistente Spirochätenformen künstlich heranzuzüchten und bei geeignetem, jederzeit beschaffbarem Tiermaterial zu verwerten.

III. Diskussion zu dem Vortrag Fritz Lessers (Selbstheilung der Syphilis) und Ziemanns.

Heller: Die Fragen der Luesdiagnose und der Luesheilung sind im letzten Jahrzehnt dank der Bereicherung unseres diagnostischen und therapeutischen Rüstzeuges in ein ganz anderes Stadium geraten. Früher galt die Diagnose Lues nur als ganz gesichert, wenn man neben dem Primäraffekt das typische Sekundärexanthem beobachten konnte. Bei der Frage der Heilung hat man zwischen der kausalen und der symptomatischen zu unterscheiden. Die symptomatische Heilung der Lues ist und bleibt die Hauptsache. Daß auch Heilung der Lues vor der Salvarsanzeit durch Quecksilberbehandlung möglich war und die von keinem wohl für einzelne Fälle bestrittene, von Fritz Lesser aber in den Vordergrund gestellte Frage der Selbstheilung der Syphilis in ihrer Verallgemeinerung nicht zu Recht bestehen kann, beweisen die Beobachtungen Glucks über die Lues in Bosnien und Herzegowina.

Heller beweist an Hand eines ausgedehnten statistischen Materials, das aus der Durcharbeitung von über 10000 Sektionsprotokollen gewonnen wurde, daß die von C. Lewin schon aufgestellte Behauptung von dem schweren Verlauf der Lues bei den Frauen als bei den Männern zu Recht besteht, daß aber auch statistisch ein deutlicher Unterschied zwischen Unbehandelten und mit Hg ordentlich Behandelten — ebenso wie bei Salvarsanbehandlung — feststellbar ist.

Rosenthal wendet sich gegen die Verallgemeinerung der Selbstheilung bei Syphilis. Ebenso wie bei anderen Infektionskrankheiten sei auch in einzelnen Fällen von Lues eine Selbstheilung möglich. Salvarsan und Quecksilber unterstützen sich bei der Therapie der Syphilis. Hg wirkt schädigend auf den Nährboden, Salvarsan tötend auf die Spirochaeta pallida selbst. Durch die Anwendung zweier Mittel können wir uns von ihrer toxischen Dosis fern halten. Wir dürfen auf die altbewährte Hg-Behandlung nicht verzichten. Daß es in bestimmten Fällen mehr wie Salvarsan leistet, beweisen die seltenen Frührezidive nach großen Salvarsankuren, bei denen es durch Hg-Behandlung oft schnell gelingt, das klinische Rezidiv und die positive Serumreaktion zum Schwinden zu bringen.

Josef Schumacher: Die Unklarheiten, die über die Wirkung der verschiedenen Antisyphilitika noch herrschen, sind erst zu klären, wenn drei Fragen ihre Aufklärung gefunden haben: welcher Natur sind die Prozesse, die sich bei der Abtötung der Mikroorganismen durch Schwermetallsalze abspielen?, welcher Art sind die Umwandlungsprodukte der Schwermetallsalze im Körper und wie wirken diese Produkte in vivo auf Körper- und Parasitenzelle?, endlich welches sind die Unterschiede im chemischen Aufbau beider Zellarten?; Fragen, die die Histochemie jetzt zu beantworten in der Lage ist. Auf Grund dieser Kenntnisse wird zu einigen Punkten der Lesserschen Ausführungen Stellung genommen.

Digitized by Google

Wenn es auch feststehen dürfte, daß der Hauptteil der Hg-Wirkung über die Körperzelle erfolgt, wie die Untersuchungen v. Wassermanns gezeigt haben, so kommt dem Quecksilber dennoch eine sichere, wenn auch nur relativ geringe direkte Wirkung auf die Spirochäten zu aus folgenden Gründen. Das Hg kreist ionisiert im Blute. Die Hg-Ionen treten sowohl mit den Körper- als auch Spirochätenzellen in chemische Reaktion. Der Effekt dieser direkten Hg-Wirkung ist in therapeutischer Hinsicht nicht gerade ein großer, denn die Unterschiede im chemischen Aufbau der Körperzelle einerseits und der Spirochätenzelle andererseits sind die denkbar ungünstigsten zur chemotherapeutischen Beeinflussung der Lues mit Hg-Präparaten, sehr günstig dagegen zur Einwirkung des Salvarsans. Die Spirochaeta pallida wird hauptsächlich aus rein basischem Eiweiß aufgebaut und unterscheidet sich dadurch allein schon von vielen anderen Spirochätenarten, die wie die Körper- und Bakterienzelle ebenfalls nukleinsäurehaltig sind. Schwermetallsalzionen besitzen eine große Affinität zur Nukleinsäure, wie die Kernbilder beweisen, eine weit geringere aber nur zu basischen Eiweißkörpern. Darum färbt sich die Pallida auch nicht mit basischen Farben, darum bindet sie auch nur wenig Hg, ganz im Gegensatz zur Körperzelle. Letztere ist daher durch die große Menge Hg, die sie kraft ihres Nukleinsäuregehaltes zu binden vermag, längst vergiftet, ehe die wenig bindende Spirochäte wesentlich durch sie geschädigt ist. Daher muß die kurative Dosis bei Hg-Präparaten mit typischer Hg-Wirkung (Hg-Ionen) stets nahe der toxischen Dosis liegen, worauf Lesser hinweist und das auch alle Tierexperimentatoren gefunden haben. Beim Salvarsan liegen die Verhältnisse bezüglich seiner Bindung an die Zelle ähnlich. Auch hier bindet die Körperzelle mit ihren zwei Rezeptoren im Kern (der Nukleinsäure vorwiegend und dem basischen Kerneiweiß in zweiter Linie) eine große Menge Salvarsan, die Spirochäte bindet dagegen nur eine geringere Menge, da ihr nur ein Rezeptor im Sinne Ehrlichs in ihrem basischen Eiweiß zur Verfügung steht. Und dennoch der große Unterschied in der Wirkung des Salvarsans auf Körper- und Spirochätenzelle. Daß das Salvarsan stark parasitotoxisch und nur schwach organotoxisch wirkt, erklärt sich zwanglos durch noch andere vorhandene Unterschiede im chemischen Aufbau beider Zellen, auf die noch zurückgekommen wird. Da der Einwirkung des Hg und des Salvarsans chemisch ein ähnlicher, wenn auch nicht der gleiche Prozeß zugrunde liegt (ersteres bildet nukleinsaures Salz, letzteres additionelle Verbindungen), und der Hauptteil der Hg-Wirkung auf indirektem Wege zustande kommt, hat Lesser recht, wenn er die Wirkung beider Pharmaka für verschieden hält.

Die Affinität des basischen Salvarsans zu sauren und basischen Zellbestandteilen steht nicht vereinzelt da. Während nach Entfernung der Nukleinsäure aus dem Zellkern fast alle basischen Farben die Zelle nicht mehr zu färben vermögen, sondern nur noch saure, so machen nur ganz wenige davon eine Ausnahme, allen voran die Pararosaniline. Die basischen Farben haben daher fast sämtlich nur einen Rezeptor in der Zelle (Nukleinsäure), die Pararosaniline deren zwei (Nukleinsäure + basisches Eiweiß). Damit erklärt sich auch die intensive Färbung der Zelle mit dieser Farbstoffkategorie.

Zu den Ausführungen von Ziemann ist zu erwähnen, daß auch die histochemische Forschung hohe Anfangsdosen bei der Salvarsanbehandlung verlangt. Wenn wir Hg injizieren, so sucht der Körper seine Zellen vor der schädlichen Wirkung der Hg-Ionen, die seine Zellen im Kern unter Bildung von nukleinsaurem Hg treffen, zu schützen. Er muß den Hg-Ionen daher eine saure Substanz entgegenwerfen, die sie möglichst in eine unlösliche Form überführen. Das gelingt ihm glänzend, indem er ihnen die stark nukleinsäurehaltigen Leukozyten entgegenwirft. Daher die Infiltratbildung bei Hg-Applikationen. Sterns Hyperleukozytose nach Hg-Injektionen! Abhängigkeit derselben von der Menge der eingeführten Hg-Ionen, lösliche oder unlösliche Hg-Präparate! Die Leukozyten phagozytieren also auch chemische Stoffe: Hg-Ionen, gehen aber bei dieser Mahlzeit zugrunde. Dadurch gelingt es dem Körper, seine Zellen einige Zeit wenigstens vor der Giftwirkung der Hg-Ionen zu schützen. Die weitere Umwandlung des Hg erfolgt alsdann in lösliche Verbindungen nach jetzt bekannten Prozessen und die daraus resultierenden Hg-Ionen greifen alsdann die Körperzellen durch ihre Anwesenheit im Serum ebenfalls an. Da alle Körperzellen Nuklinsäure enthalten, nehmen sie auch alle an der Produktion Hg-Ionen bindender Stoffe teil, daher nimmt es uns auch nicht wunder, wenn wir nach Hg- oder Salvarsanapplikation die sogenannten Antikörper sämtlich vermehrt finden. Wenn wir daher vor einer Salvarsaninjektion Hg applizieren, so findet alsdann das Salvarsan im Blute bereits eine Menge Nukleinsäure führende Stoffe vor, an die ein großer Teil desselben gebunden wird. Auf die Körperzellen wirkt daher nur ein kleinerer Teil Salvarsan ein, als wir injiziert zu haben glauben.

Digitized by Google

Dieselben Verhältnisse finden wir bei einer zweiten oder öfteren Salvarsaninjektion wieder. Deswegen wird Salvarsan meist besser vertragen, wenn mit Hg vorbehandelt worden war, deshalb wird meist die zweite oder auch höher dosierte folgende Injektionen besser toleriert als die erste und deswegen können Kolle, Schlossberger und Leupold ihre Versuchstiere vor tödlichen Salvarsandosen schützen, wenn sie den letalen kleine Salvarsandosen vorlegen. Nach einigen Tagen erlischt dieser Schutz, nach einigen Tagen sinkt bei Stern auch die Leukozytose. Keineswegs soll gesagt sein, daß hiermit alle diese Prozesse restlos geklärt sind. Aber aus den angeführten Gründen verlangt auch die histochemische Forschung bei der Salvarsanbehandlung wie Lesser und Ziemann hohe Anfangsdosen, starke Schläge, keine Nadelstiche. Und wenn wir die Erfolge der Kliniker damit vergleichen, so ersehen wir aus den jüngst erschienenen Arbeiten von Spiethoff volle Übereinstimmung. (Autoreferat.)

Mitteilungen aus der Literatur.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Zur Radiumbehandlung der Hämangiome, von A. Beck-Kiel. (M. m. W., 1921, Nr. 39, S. 1248.) Bericht über drei Fälle. 8—14 Tage nach der Radiumanwendung trat Volumenzunahme auf. Nach weiteren 14 Tagen deutliche Verkleinerung. Nach einigen Wochen zunächst stationärer Zustand. Nach wiederholter Bestrahlung fast vollständige Heilung. Die Bestrahlung wurde lang und tief, ausschließlich mit γ-Strahlen vorgenommen. Das vorübergehende Größerwerden der Geschwulst ist für den Heileffekt notwendig. Die Radiumbehandlung ist noch möglich, wo, wie in zwei der vorliegenden Fälle, radikale Verfahren nicht angezeigt oder vergeblich waren. Kleine Verbrennungen heilen ohne Narben, ließen sich übrigens vielleicht vermeiden.

A. v. Notthafft-München.

Die Morphologie der Teratome (mit besonderer Berücksichtigung der Zentralnervensubstanz), von Carl F. Heijl-Stockholm. (Virch. Arch., Bd. 229, H. 3, S. 561—627.) Die Teratome bilden eine Brücke zwischen Mißgeburten und Geschwülsten. Die am höchsten entwickelten sind rudimentäre eineiige Zwillinge, die am niedrigsten entwickelten einfach gebaute, malign wachsende Tumoren. Beide Typen gehen ineinander über. Ein Teratom von makroskopisch deutlichen Zwillingstyp kann den einfachen Bau einer Mischgeschwulst darbieten. Scheinbar einfach gebaute malign wachsende Tumoren können sich als Teratome entpuppen. Die Gewebe der freien Teratome zeigen niemals malignes Wachstum. Von speziellem Interesse für die Malignitätsfrage ist die bei sämtlichen Gruppen von Teratomen vorhandene Zentralnervensubstanz, die z. B. bei den soliden Teratomen maligne Eigenschaften erhält. Die Drüsenelemente des Zentralnervensystems können Typen annehmen, die Adenom, Papillom, Adenokarzinom oder Adenosarkom ähneln.

F. Zimmern-Hamburg.

Über die Vererbung und die Ätiologie der Muttermäler, von Meirowsky und W. Brück-Köln. (M. m W., 1921, Nr. 33, S. 1048.) Die Muttermäler entwickeln sich infolge einer abnormen Zusammensetzung des Keimplasmas. Diese abnorme Zusammensetzung ist erblich. Ein Fall von Familiennävi soll das Gesagte illustrieren.

A. v. Notthafft-München.

Röntgenbehandlung der spitzen Kondylome, von R. O. Stein. Ges. d. Ärzte Wiens, 29. IV. 1921. (W. m. W., 1921, Nr. 19, S. 854.) Strom 2 Milliampere. 25 Minuten 8 Holzknecht durch 3 mm Aluminium. Meist nach 3 Wochen gute Rückbildung. Zwei Fälle (kleine, gruppierte, gefäßarme Formen) blieben unbeeinflußt.

E. Riebes-Königsberg.

Über Syringome, von L. Arzt-Wien. (Verhandl. d. Deutsch. Path. Ges., Jena 1921.) A. schließt sich der Ansicht Rickers und Schwalbes an, die eine epitheliale Genese annehmen. Dafür spricht die Morphologie der Zellen, das Auftreten von Verhornungsprozessen mit Riesenzellen und der Nachweis von interzellularen Brücken. A. leitet den Prozeß von embryonalen Zellen der Epidermis schlechthin ab und betont besonders, daß eine prinzipielle Differenz in der Entstehung der zystischen Hohlräume bei diesem Prozeß und bei der Entstehung der Schweißdrüsen besteht. Das Lumen der Schweißdrüsen kommt nach Köllicker durch die Ansammlurg von Flüssigkeit zwischen den Zellen zustande, die Hohlräume der Syringome dagegen sind zweifelsohne degenerativer Natur.

O. Gans-Heidelberg.

Digitized by Google

Regressive Störungen und Atrophien.

Zur Röntgenbehandlung der Sklerodermie, von Gerhard Hammer-München. (M. m. W., 1921, Nr. 35, S. 1109.) Bedeutende Besserung einer mit Sklerodaktylie verbundenen Sklerodermie durch Röntgenbestrahlung von Thymus und Thyreoidea. Bericht über einen anderen Fall, bei welchem wegen thyreotoxischer Symptome bestrahlt wurde und daraufhin eine gleichzeitig daneben bestehende Sklerodermie von selbst verschwand. In den Fällen, wo die Bestrahlung erfolglos ist, könnte man daran denken, daß Störungen anderer Drüsen ebenfalls Sklerodermie erzeugen können.
A. v. Notthafft-München.

Sklerodermie und Sklerodaktylie, vorgestellt von E. Pulay. Ges. f. inn. Med. u. Kinderhlk. in Wien, 16. Dez. 1920. (W. m. W., 1921, Nr. 22, S. 982.) Nach Angina unter akuter Gelenkschwellung unter Fieber Rötung der Hände und Füße. Im Anschluß daran Sklerodermie und Sklerodaktylie. Aber die sehr kleine Patientin, welche auffallend wenig schwitzt, zeigt auch Hypoplasie der Genitalien und unregelmäßige Menses. Dabei findet Kalkretention im Blut statt. E. Riebes-Königsberg.

Über einen Fall von sehr stark ausgedehnter Sklerodermie, von Günther Braun. Dissert., Rostock 1918. Sklerodermiefall mit hochgradiger Veränderung der Hände und Füße. Überempfindlichkeit gegen Fibrolysin. Thyreoidea wurde nicht abgebaut. F. Zimmern-Hamburg.

Atrophia idiopathica cutis, von Eugen Schiller. Demonstr., Ges. f. inn. Med. u. Kinderhlk. in Wien, 10. Febr. 1921. (W. m. W., 1921, Nr. 27, S. 1219.) Jede Therapie ist machtlos. In Betracht kommen nur Bäder, Massage und Höhensonne. Der Hauptprozeß verläuft halbseitig und hat im Zentralnervensystem seinen Ursprung. Als Ursache ist eine neurotrophische Noxe anzunehmen. G. Heymann-Elbing.

Maligne Neubildungen.

Ein intrathorakaler Tumor von Xanthomcharakter (An Intrathoracic Tumour of a Xanthomatous Character), von Nathanael Wessén-Upsala. (Acta chirurg. Scandinavika, 1921, Bd. 53, Heft 6, S. 622—628.) Bericht über einen intrathorakalen retropleural gelegenen und operativ entfernten Tumor von etwa 500 g Gewicht, der histologisch als Xanthom anzusprechen war. H. Lautsch-Leipzig-Gohlis.

Über das therapeutische Problem bei den bösartigen Geschwülsten, von F. Blumenthal-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 39, S. 1151—1154.) Haut-, Lippen-, Uterus- und Mammakarzinome werden durch Röntgenstrahlen, kombiniert mit Darreichung von Arsen und Jod, gut beeinflußt. Die Resultate bei Zungen-, Speiseröhren-, Magen- und Mastdarmkarzinomen sind unbefriedigend. Bei Sarkomen sind die Ergebnisse verschieden.
F. Harry-Berlin.

Die nichtchirurgischen Methoden der Krebsbehandlung (The Nonsurgical Methods of Treating Cancer), von Henry K. Pancoast-Philadelphia. (New York m. J., 1921, Bd. 113, Nr. 14.) Theorie und Methoden der Röntgen- und Radiumbehandlung. Nichts Besonderes. E. Levin-Berlin.

Die Röntgenstrahlenreizdosen in der Medizin und bei der Karzinombekämpfung, von Manfred Fränkel. (B. kl. W., 1921, Nr. 26, S. 698.) Der Strahlenreiz auf endokrine Drüsen ist ein neuer Weg der Karzinombekämpfung. Ein wichtiger Teil der Reizstrahlenanwendung ist die Beeinflussung der Bindegewebszellen. Die Hauptbedeutung der Röntgenstrahlen liegt nicht in der zerstörenden, sondern in der aufbauenden, funktionserhöhenden Wirkung. G. Heymann-Elbing.

Karzinomgenese und Karzinomdosis, von Ludwig Seitz-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1921, Nr. 35, S. 1107.) Hautkarzinome können durch chemische (Verbrennungsprodukte) und durch physikalische Mittel (Röntgenstrahlen), wenn sie in bestimmter Art, Dauer und Stärke einwirken, ausgelöst werden. Es ist daher anzunehmen, daß auch die Karzinome anderer Organe durch feinste chemisch-physikalische Zustandsveränderungen der Zellen entstehen. Die Röntgenstrahlen vermögen ein Karzinom zu erzeugen, ein vorhandenes Karzinom zu rascherem Wachstum anzuregen und endlich ein Karzinom abzutöten. Es kommt im Sinne der Virchowschen Reiztheorie nur auf die Stärke der Einwirkung, also auf die Dosierung der Röntgenstrahlen an. Es läuft daher das Problem, ob es möglich ist, ein Karzinom zu heilen, im wesentlichen und letzten Endes auf die Möglichkeit einer exakten Dosierung hinaus. Die Möglichkeit, das gesunde Epithel durch Einwirkung von Röntgenstrahlen zu karzinomatösem Wachstum zu veranlassen, beweist,

Digitized by Google

daß die Virchowsche Theorie auch in bezug auf das formative Wachstum ihre Berechtigung hat. Es ist deshalb an der von Wirtz und mir aufgestellten Karzinomdosis aus praktischen und heuristischen Gründen festzuhalten. A. v. Notthafft-München.

Biologische Fragen bei der Strahlentherapie maligner Tumoren, von L. Halberstaedter-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 39, S. 1154—1155.) Es ist noch völlig unbewiesen, ob der Bindegewebsreiz der hauptsächlichste Heilfaktor ist. Die bisherigen Erfahrungen sprechen dafür, daß die Tumorzelle direkt von den Strahlen geschädigt wird. F. Harry-Berlin.

Krankheiten des Mundes.

Zur Therapie der Angina Plaut-Vincenti, von H. Schwerin-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 15, S. 443.) Behandlung mit Jodtinktur, Chromsäurelösung und Gurgeln mit Wasserstoffsuperoxyd. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Angina Plaut-Vincenti mit besonderer Berücksichtigung des Blutbefundes, von O. S. Tarnow-Berlin. (M. Kl. 1921, Nr. 24, S. 1034.) Verf. schildert die klinischen Erscheinungen, wobei er neben der ulzero-membranösen und der diphtheroiden Form, für die Unterscheidung einer dritten Form, der lakunären, eintritt. Blutplättchen wurden stets normal gefunden, desgleichen Hämoglobingehalt. Leukozyten in den Anfangstagen mäßig erhöht. Die Differentialzählung ergab, daß der Prozentsatz der einkernigen Formen sowohl der Lymphozyten wie auch der großen Mononukleären auf Kosten der neutrophilen polynukleären Leukozyten heraufgesetzt ist, der ersteren im Durchschnitt auf 30—35%, der letzteren im allgemeinen auf das Doppelte bis Dreifache ihres Normalwertes. Die Eosinophilen bewegten sich um die untere Grenze ihres Normalwertes. Auszählungen nach dem Arnethschen Prinzip ergaben in mehreren Fällen eine deutliche „Verschiebung des Blutbildes nach links", so daß anzunehmen ist, daß die Knochenmarkstätigkeit durch die Erkrankung eine Steigerung erfährt. Vergleiche mit dem Blutbefunde bei Diphtherie gaben im allgemeinen keine differential-diagnostischen Anhaltspunkte, nur findet sich insofern ein Unterschied, als bei Diphtherie der Prozentsatz der Polynukleären sehr hohe Werte erreicht, bei Angina Plaut-Vincenti er sich eher an der unteren Grenze der Norm befindet. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Plaut-Vincentsche Angina und ihre Altersverteilung im Vergleich zur Diphtherie, nebst Bemerkungen über die natürliche Diphtherieimmunität, von W. Gärtner-Kiel. (D. m. W., 1921, Nr. 33, S. 950—952.) Verf. berichtet über das gehäufte Auftreten der P.-V.-Angina, dessen Ursache unbekannt ist. Die Erkrankungshäufigkeit an P.-V.-Angina liegt zwischen dem 16.—30. Lebensjahr. Das weibliche Geschlecht wird öfter von Diphtherie befallen als das männliche. Im Kindesalter ist die Anfälligkeit der männlichen Kinder größer. F. Harry-Berlin.

Zur Diagnose der Angina und Stomatitis ulcerosa, von Robert Scheller. (B. kl. W., 1921, Nr. 35, S. 1042.) Bei der Einsendung von Untersuchungsmaterial ist nicht allein nach Diphtheriebazillen, sondern auch nach Erregern der andern Rachenerkrankungen von dem Einsender zu fragen. Es kommt vor allem der Bacillus fusiformis und die Spirochäte Plaut-Vincenti in Betracht. Es empfiehlt sich für den Arzt, neben dem Abstrich auf Diphtherietupfern ein lufttrockenes Präparat auf Objektträger einzusenden. G. Heymann-Elbing.

Über die Zunahme der Plaut-Vincentschen Angina, von H. Heck-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 12, S. 347—349.) In der hygienisch-bakteriologischen Abteilung des Berliner Medizinalamtes konstatiert Verf. für April 1919 bis Ende März 1920 eine enorme Vermehrung der Fälle, indem die Zahl von dem Durchschnitt von etwa 3 in den ersten 8 Jahren plötzlich auf 98 anstieg. Wie andere Autoren, bestätigt er auch die Bevorzugung des Lebensalters zwischen 15 und 30 Jahren und verweist zur Erklärung dieser auffallenden Tatsachen auf den Einfluß der weitverbreiteten Ernährungsmängel, wobei er auch die Möglichkeit einer Umstimmung der fusiformen Bazillen und Spirochäten der Mundhöhle in pathogenem Sinne, wie etwa bei der Entstehung der Noma, hervorhebt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Angina Plaut-Vincenti und Ulcus phagedaenicum, von Curt Schelenz. (B. kl. W., 1921, Nr. 40, S. 1181.) Verf. berichtet über einen Fall von Ulcus phagedaenicum am Finger, der bei negativem Wassermann durch Behandlung von Neosalvarsan geheilt wurde. Für die Angina Vincenti ist derselbe Erreger anzunehmen. Es gibt klinisch sichere Fälle dieser Erkrankung, bei denen ein mikroskopischer Nachweis nicht gelingt. In geeigneten Fällen ist ein Versuch mit Salvarsan ohne Bedenken vorzunehmen. G. Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Übertragung der Maul- und Klauenseuche auf Meerschweinchen, von Paul Uhlenhut. (D. m. W., 1921, Nr. 24, S. 671—672.) Nach früheren vergeblichen Versuchen gelang es Verf., die Maul- und Klauenseuche auf Meerschweinchen zu übertragen. Verf. verwendete 2,5—3,5 ccm frisch entnommener, 1:100 verdünnter und durch Berkefeld-Filter filtrierter Lymphe. Es gelang auch die Übertragung mit der aus den Blasen der erkrankten Meerschweinchen entnommenen, auf 1:10 mit NaCl verdünnten, unfiltrierten Lymphe auf andere Meerschweinchen. Die Virulenz nahm in den Passagen zu. Verimpfungen von Blut kranker Tiere auf Meerschweinchen, Skarifikationen auf rasierte Bauchhaut, Hornhautimpfungen führten zu keinem Ergebnis. Verf. führt das Gelingen der Übertragung auf die hohe Virulenz der zur Verfügung gestandenen Lymphe der jetzt bösartigen Maul- und Klauenseuche zurück. F. Harry-Berlin.

Über die Radiumtherapie der Leukoplakie, von E. Lekisch. (W. kl. W., 1921, Nr. 38, S. 462.) Leukoplakie in vielen Fällen luetischen Ursprungs, aber nicht immer. Sie macht in der überwiegenden Zahl der Fälle gar keine Beschwerden und wird nur als Nebenbefund entdeckt, manchmal finden sich besonders bei Befallensein der Zunge Beschwerden. Wichtig ist die Entstehung von Karzinomen auf dem Boden der Leukoplakie. Bei luetischer Ursache ist antisyphilitisch vorzugehen, sonst verwirft der Verf. chemische und mechanische Beseitigungsversuche wegen der Gefahr der Karzinomentwicklung durch Reizung. Angenehmer sind chirurgische und röntgenologische Behandlung, doch ist letztere wegen der Lokalisation unbequem. Daher empfiehlt Verf. die an 12 Fällen schwerer, nicht luetischer Leukoplakie erprobte Radiumbehandlung, die in mehreren Sitzungen — 5—30 X gewöhnlich alle 14 Tage — vorgenommen wurde. Über die genau angeführte Technik ist im Original nachzulesen. Auch in einem Falle von Kraurosis vulvae guter Erfolg. E. Langer-Berlin.

Haare und Nägel.

Die Röntgenstrahlenbehandlung akuter eitriger Knochenentzündungen, von Leopold Freund-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 11, S. 484—486.) Nach der Inzision wurden periostale Panaritien (z. B. nach Manikürinfektion) und Paronychien durch Röntgenstrahlen sehr günstig beeinflußt. E. Riebes-Königsberg.

Über die Beziehungen zwischen Area celsi und Syphilis, speziell der kongenitalen (Sur les rapports de la Pelade et de la Syphilis surtout héréditaire), von R. Sabouraud. (Presse méd., 1921, Nr. 59, S. 581.) Verf. betont zunächst, daß die Alopezie im Verlauf der Syphilis stets in Form von „Lichtungen" auftritt und wahrscheinlich diejenigen Stellen der behaarten Kopfhaut befällt, wo zuvor eine Roseola oder Makula gesessen hat. Außerdem kann etwa nach einer tertiären Läsion ein Haarausfall entstehen; aber eine andere Form der syphilitischen Alopezie gibt es nicht. Im Jahre 1897 beobachtete S. einen jungen Mann, dessen früher bestandene Alopecia areata im Anschluß an eine alsdann akquirierte Syphilis eine enorme Steigerung erfuhr, und 1900 berichtete Fournier über die Häufigkeit der Haaraffektion bei alten Syphilitikern. Die Zahl solcher Fälle war immerhin nur klein. Im weiteren Verlauf hat dann S. über das gleichzeitige Bestehen von Area celsi im Verein mit verschiedenen Mißbildungen, Plattfuß, Varizen, Kryptorchismus, Zahnmißbildungen usw. berichtet. Ferner sind erbliche Serien gelegentlich festgestellt worden, und andererseits scheint eine gewisse Beziehung zum Morbus Basedowii zu bestehen. Desgleichen schreibt Verf. der Menopause einen Einfluß zu und betont die Wahrscheinlichkeit, daß endokrine Faktoren eine bedeutsame Rolle bei der Alopecia areata spielen. Andererseits finde sich das Leiden bei einem zu großen Prozentsatz der kongenital Syphilitischen, als daß man hierbei von einer bloßen Zufälligkeit sprechen könnte. Namentlich Knochendeformationen hat S. in besonderer Häufigkeit angetroffen nebst anderen Zeichen einer kongenitalen Syphilis. Immerhin kann diese Theorie von der Ätiologie der Area celsi nicht als endgültig begründet gelten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatomykosen.

Über Blastomykose der Nasenschleimhaut des Pferdes, von E. Jobst-Dresden. (Verhandl. d. Deutsch. Path. Ges., Jena 1921.) Die spezifischen Veränderungen der Nasenschleimhaut bestehen anfangs in derben, grauweißlichen, manchmal konfluierenden Knötchen von Hirsekorn- bis zu Erbsengröße. Aus ihnen entwickeln sich Geschwüre, während der Rand des Knötchens als wallartige Umrandung des Defektes stehen bleibt.

Digitized by Google

Die Blastomykose tritt auch als stark erhabene, tumorähnliche Wucherung der Nasenschleimhaut auf, teils in Form umschriebener Tumoren, teils mehr flächenhaft (diffus). Diese erreichen eine Dicke von über 1 cm und besitzen eine unregelmäßige, warzig zerklüftete Oberfläche, die in toto ulzeriert ist, und eine grauweißliche Farbe. Sie sitzen vor allem am Nasenseptum, jedoch auch in den Nasengängen und an der Lateralwand der Nasenhöhle unter den Muscheln. Die Veränderungen beruhen histologisch im wesentlichen auf einer dichten Infiltration der Propria mucosae und Submukosa mit großen, pilzbesetzten, mononukleären Zellen, die bis zu 100 Pilze beherbergen können. Ihr Auftreten erstreckt sich in der Submukosa bis zum Perichondrium und Periost. Infolge der Massenansammlung dieser Myzetophagen erfahren Schleimhaut und Submukosa an den betroffenen Stellen eine Volumzunahme. Die Myzetophagen mit ihren Pilzen bilden die Hauptmasse des Knötchengewebes. Zwischen ihnen findet sich Granulationsgewebe in nur mäßiger Menge: Junge Bindegewebselemente mit wenig kollagener Interzellularsubstanz, Fibroblasten, Lymphozyten sowie sehr wenige polymorphkernige Leukozyten. Plasmazellen sind nicht nachweisbar. O. Gans-Heidelberg.

Ein Beitrag zur Therapie der tiefen Trichophytie mit besonderer Berücksichtigung der kombinierten Behandlungsmethoden (Trichophytin-Urotropin), von Richard Fischer und Leopold Weinstein. (W. m. W., 1921, Nr. 33, S. 1456 bis 1459.) Bei den therapeutisch schwer beeinflußbaren kleinknotigen Formen der tiefen Trichophytie haben sich von allen Behandlungsmethoden am besten bewährt Trichophytin-Injektion mit darauffolgender intravenöser Urotropin-Injektion. Vermutlich erklärt sich die gute Wirkung dieser kombinierten Behandlung dadurch, daß das Urotropin, die durch das Trichophytin erzeugte Antikörperbildung im erhöhten Maße auslöst und daß das Urotropin neben seiner entwicklungshemmenden Eigenschaft auf die Pilze noch eine lokale Hyperämisierung erzeugt. E. Hornemann-Lüneburg.

Über Antikutine im Serum Trichophytiekranker, von Engwer. (B. kl. W., 1921, Nr. 29, S. 803.) Im Serum einiger an tiefer Trichophytie leidender Patienten mit positiver Komplementbindungsreaktion finden sich Antikutine, welche auf die Allergiereaktion hemmend einwirken. Dadurch ist das auffallende Phänomen einer schwachen oder negativen Allergiereaktion erklärt. G. Heymann-Elbing.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Krätze und Furunkulose beim Säugling, von Gatersleben-Magdeburg. (M. Kl., 1921, Nr. 35, S. 1058—1059.) In der Kinderklinik des Magdeburger Krankenhauses hat sich seit 1917 eine stetige Zunahme der Säuglinge mit Krätze und Furunkel bemerkbar gemacht. Als besondere Eigentümlichkeiten der Säuglingskrätze sind zu erwähnen die Lokalisation am Gesicht (Übertragung der Milben beim Stillen) und die große Neigung zur schnellen Entwicklung von Eiterpusteln. Mitigal hat dem Verf. gute Dienste geleistet. Bei der Furunkulose im Säuglingsalter ist die möglichst frühzeitige Eröffnung zu empfehlen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Mitigal, ein neues Mittel zur Behandlung der Skabies bei Säuglingen, von Ehlers-Braunschweig. (D. m. W., 1921, Nr. 36, S. 1068.) Gute Erfolge. F. Harry-Rerlin.

Ecrasol, ein neues Krätzeheilmittel, von Otto Müller-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 18, S. 510.) Das Mittel, eine flüssige Styraxseife, hat sich nicht nur bei Skabies bewährt, sondern auch bei postskabiösen und anderen pruriginösen Ekzemen. A. de Lemos-Hamburg.

Das neue Krätzemittel Mitigal, von K. Sauerbrey-Bremen. (D. m. W., 1921, Nr. 31, S. 898.) Verf. empfiehlt Mitigal bei Skabies. F. Harry-Berlin.

Über ein neues Verfahren zur Bekämpfung der Kopfläuse mit Schwefeldioxd, von A. Lenz-München. (M. m. W., 1921, Nr. 39, S. 1252.) Die Einwirkung von SO_2 geschieht in einem besonderen Kasten; das Gesicht des Patienten ist außerhalb desselben. Die Vergasung soll nicht unter 12 Min. dauern. Die Konzentration soll, um nicht Jucken, Brennen, Dermatitis und Undichtigkeit der Gummimaske zur Folge zu haben, 5 Vol.-Prozent nicht übersteigen. Das Kopfjucken und Ekzem schwinden sehr rasch. Starke Exkoriationen kann man durch Fett vor flüssiger schwefliger Säure schützen. Die Kosten für ein Kind betragen — die Amortisation der Apparatkosten abgerechnet — $2^1/_2$ Pf. Der Apparat soll sich besonders für klassenweise Entlausung empfehlen. A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Zur Frage der Kopflausbekämpfung, von Albrecht Hase-Berlin-Dahlem. (M. m. W., 1921, Nr. 37, S. 1193.) Empfehlung einer den Wickel ersetzenden Haube. Der Rahmen derselben ist desinfizierbar und kann wieder verwendet werden. Die „Lix-Haube" selbst besteht aus undurchlässigem Papier. Vorzüge: Leichtigkeit, Billigkeit, Undurchlässigkeit für Geruch und Flüssigkeit. Fabrikant: Chemische Werke, vormals Auer-Gesellschaft, Berlin. A. v. Notthafft-München.

Lausoform zur Bekämpfung von Kopfläusen, von H. Janke-Bendorf a. Rh. (M. m. W., 1921, Nr. 36, S. 1156.) Das Mittel wirkt in der Regel schon bei einmaliger Verwendung (Dunstverband) innerhalb sechs Stunden. Ernstere Reizerscheinungen wurden nicht beobachtet. Kosten: 6 M. A. v. Notthafft-München.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Zur pathologischen Anatomie des Fleckfiebers, von Eugen Fränkel-Hamburg. (M. m. W., 1921, Nr. 31, S. 969—971.) Bei einem an Perforationsperitonitis gestorbenen Fleckfieberkranken fand man bei der Sektion durchgebrochene und eine Anzahl im Durchbruch begriffener Nekroseherdchen im Fundus des Magens. In der erkrankten Magenschleimhaut und in Substanzverlusten wurden die für Fleckfieber charakteristischen Wandnekrosen von Arterien, welche nicht deren ganzen Umfang umfassen, gefunden. Ursache der Ekchymosen war wohl starkes Brechen infolge Pylorusverschluß. Unter den besonderen Verhältnissen der Gefäßveränderung bildeten sich diese nicht zurück, sondern schritten zur Bildung von Nekrosen. — An den Gefäßen der Haut fand man in der Leiche neben anderen Gefäßveränderungen die typischen Knötchen. Wie ein am Leben herausgenommenes Hautstückchen (ganz frische Effloreszenzen) zeigte, gehen schwere Gefäßveränderungen diesen Knötchenbildungen voraus.

A. v. Notthafft-München.

Untersuchungen über die experimentelle Fleckfieberinfektion und -immunität, von E. Weil, F. Breinl und Th. Gruschka. (W. kl. W., 1921, Nr. 38, S. 459.) Verff. haben an weit über 1000 Versuchstieren eingehende Untersuchungen über das Thema vorgenommen. Die Infektion des Meerschweinchens mit Fleckfiebervirus besteht aus drei Komponenten: 1. die Inkubation beträgt 5—7mal 24 Stunden. Die Inkubation steht in einem direkten Abhängigkeitsverhältnis zur Infektionsdosis; 2. die Fieberdauer erstreckt sich auf 5—12 Tage: 3. die Fieberhöhe, über die zahlenmäßige Angaben nicht gemacht werden können; im allgemeinen ein Anstieg von 0,5 und 1° und darüber über die höchste Normaltemperatur. Das Fleckfiebervirus vermehrt sich in den Organen mit langsamem aber sofortigem Einsetzen und Steigen der Vermehrung und ebenfalls allmählichem Abfall nach längerem Persistieren. Das Blut des Meerschweinchens ist anscheinend nicht Vermehrungsstätte des Virus, sondern nur Träger der aus den Organen eingeschwemmten Keime. Das Kaninchengehirn enthält viel kleinere Mengen des Virus als das des Meerschweinchens. Meerschweinchen und Kaninchen sind nach einem Jahre noch vollständig immun. Die passive Immunität des fleckfieberinfizierten Meerschweinchens ist erst am siebenten Tage ganz ausgesprochen und hält zwei Monate und weit darüber hinaus an. Die Schutzwirkung des Serums besteht aus zwei Teilen: 1. einem viriziden, der aber nicht so stark ist, alle Erreger restlos abzutöten und inkubationsverlängernd wirkt, und 2. einem antifebrilen, der auf die Temperatur einwirkt. Serum passiv immunisierter Tiere, die kein Fieber hatten, hat keine Wirkung. Ebenso im Meerschweinchenserum wirkt Rekonvaleszentenserum vom Menschen, dagegen findet sich bei infizierten Kaninchen kein Serumschutz. Normales Ziegenserum wirkt ähnlich im Serum infizierter Meerschweinchen, jedoch fehlt ihm die antifebrile Komponente, und es besitzt nur die virizide. Das Serum von Tieren mit inapparenten Infektionen wirkt schützend, aber nicht so sicher wie dasjenige von Tieren, die gefiebert hatten. E. Langer-Berlin.

Fleckfieberdiagnose, von Carl Klieneberger-Zittau. (B. kl. W., 1921, Nr. 40, S. 1182.) Verf. berichtet über 13 Fälle, bei denen durch die Blutuntersuchung sofort die Diagnose auf Fleckfieber zu stellen war. Gleichzeitig angestellte Typhusagglutinationen und morphologische Blutuntersuchungen dienten als Kontrolle.

G. Heymann-Elbing.

Über positive Wassermannsche Reaktion bei Fleckfieber, von Karl Bauer-Wien. (M. m. W., 1921, Nr. 39, S. 1251.) Untersuchungen von 50 Fleckfiebersera in der Zeit der russischen Gefangenschaft des Autors. Inaktiviertes Serum, welches aus der Krisis entnommen war, zeigte fast immer WR positiv. In der Rekonvaleszenz

Digitized by Google

schwand die WR wieder. Man kann daher in zweifelhaften Fällen, wenn die Weil-Felixsche Reaktion nicht ausführbar ist, die positive WR für die Diagnose von Fleckfieber gegenüber typhöser Erkrankung verwenden. A. v. Notthafft-München.

Unsere Erfahrungen mit Masern-Rekonvaleszentenserum, von Zschau-Nürnberg. (M. m. W., 1921, Nr. 33, S. 1049.) Durchaus günstige Resultate. Die Entwicklung der Masern wurde bei zweifellos angesteckten Kindern prompt verhindert. Das Serum schützt noch bei einer Lagerung von einem Vierteljahr. Der Impfschutz dauert nur 3—4 Wochen. — Drei Versuche, Varizellen durch Varizellen-Rekonvaleszentenserum zu verhüten, mißlangen. A. v. Notthafft-München.

Über einen Todesfall im Anschluß an Injektionen von Scharlach-Rekonvaleszentenserum, von E. Cohn-Hamburg. (B. kl. W., 1921, Nr. 39, S. 1154.) Verf. berichtet über einen Todesfall vier Stunden nach der Injektion von Rekonvaleszentenserum. In Fällen von schwerer Sepsis ist die Serumbehandlung anzuwenden. Ein mehr als drei Monate altes Serum ist nicht zu verwenden. G. Heymann-Elbing.

Zur Theorie des Scharlach-Auslöschphänomens, von H. Meyer-Estorf-Berlin-Charlottenburg. (B. kl. W., 1921, Nr. 36, S. 1069.) Der Scharlach ist als anaphylaktischer Chok mit anschließender Anaphylaxie aufzufassen. Das Antigen stellt ein ubiquitärer Bazillus, vielleicht der Streptokokkus dar. Das Scharlachexanthem unterscheidet sich nicht von dem anaphylaktischen Serumexanthem. Die Theorie des Auslöschphänomens erklärt das Auftreten einzelner anderer Phänomene, wie z. B. die bei Scharlach auftretende Eosinophilie. G. Heymann-Elbing.

Weitere Beobachtungen über das Scharlach-Auslöschphänomen, von H. Meyer-Estorf-Charlottenburg. (M. Kl., 1921, Nr. 18, S. 526.) Das von Werner Schultz 1918 zuerst beschriebene Auslöschphänomen beim Scharlach besteht bekanntlich darin, daß die intrakutane Einverleibung von normalem menschlichem Serum oder von Serum von Scharlachrekonvaleszenten in Mengen von 1 ccm das Exanthem in einer Ausdehnung bis zu Handtellergröße nach etwa 6—7 Stunden zum Verblassen bringt. Mit tierischem Serum und mit Serum von scharlachkranken Individuen in den ersten 14 bis etwa 18 Tagen ihrer Erkrankung ist das Phänomen nicht zu bewirken. In diagnostischer Hinsicht ist diese Beobachtung nach zwei Richtungen hin zu verwerten: einmal kann ein Serum nicht von einem Scharlachpatienten stammen, wenn es ein sicheres Scharlachexanthem auslöscht, und andererseits kann ein fragliches Exanthem nur Scharlach sein, wenn es von Normalserum ausgelöscht wird. Von anderer Seite liegen schon verschiedentlich Bestätigungen vor. Um den eigentlich hierbei wirksamen Bestandteil des Serums festzustellen, hat Verf. das Serumglobulin von dem Serumalbumin getrennt eingespritzt, aber keine durchgreifenden Resultate erhalten. Am deutlichsten tritt das Auslöschphänomen am zweiten Krankheitstage hervor. Verf. hatte von 24 Fällen an diesem Tage keinen Versager, während an den folgenden Tagen die Resultate schon unsicherer wurden, und bei drei am fünften Tage injizierten Kranken das Resultat bei allen negativ ausfiel. Der eigentlich auslösende Faktor des Vorganges bleibt noch aufzudecken. Der Adrenalingehalt hat dabei offenbar keine Bedeutung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Gleichzeitige Erkrankung an Skarlatina und Varizellen; Varizellen-Nephritis, von Benno Lewy. (B. kl. W., 1921, Nr. 27, S. 738.) Das Zusammentreten von zwei gleichzeitig verlaufenden Krankheiten hat bei einem sechsjährigen Mädchen ein sehr schweres Krankheitsbild erzeugt. Durch die gleichzeitige Erkrankung an Scharlach wurden die Varizellen aufs gefährlichste verschlimmert, was besonders durch den Vergleich mit der Erkrankung der Geschwister hervortrat, die ihren Windpockenausschlag erst bekamen, als sich ihre Haut vom Scharlach bereits erholt hatte. G. Heymann-Elbing.

Histologische Befunde bei Varizellen, von Joh. Hammerschmidt-Wien. (Zieglers Beiträge, 1921, Bd. 65, S. 346—355.) Bei den ersten Manifestationen der Varizellen an der Epidermis lassen sich zwei charakteristische Degenerationsformen feststellen. Im Zentrum eines Herdes sieht man Zellen mit verdichtet aussehenden „kompakten Kernen". Es kommt rasch zur Teilung und Bildung von Riesenzellen. Der zentrale Teil des Plasmas zieht sich zurück, der periphere verdichtet sich. Es entstehen so Hohlräume um die Kerne. Durch Zusammenfließen benachbarter, durch frühzeitige Nekrose der kompakten Kerne entstandener Hohlräume kommt die Varizellenpustel zustande. Die zweite Form, mehr in der Peripherie des Herdes, bildet Zellen mit „lockeren Kernen". Letztere sind bläschenartig vergrößert, ihr Chromatingerüst ist reduziert und am Rande angehäuft, die Nukleolarsubstanz vermehrt und vergrößert. Auch hier Bildung von Riesenzellen. Strukturdetails bei Färbung mit Methylgrün-Pyronin: Bei den „kompakten"

Digitized by Google

Kernen zwei Typen: 1. Kern diffus schmutzigviolett mit dunkelviolettem Kernrand; im Innern dunkelrotes Korn-Kernkörperchen. 2. Kern reingrün; die roten Körperchen sind ausgestoßen. Die „lockeren Kerne" zeigen grünes Chromatinnetz, in dem rote Nukleolen liegen. Ausgestoßene, überschüssige Nukleolarmasse liegt an der Kernperipherie. Mit der Ausstoßung wird die gestörte Korn-Kernkörperchenrelation wieder hergestellt und Riesenzellenbildung hintangehalten. Die Genese beider Arten von Zellveränderung hängt vom Intensitätsgrade der Gifteinwirkung ab. Wo dieser am stärksten, treffen wir die „kompakten Kerne" analog bei der Vakzinepustel, in nächster Umgebung des Impfschnittes. Als diagnostisches Hilfsmittel dient der Nachweis von Riesenzellen bei frischen Varizellenpusteln, die bei der Variolapustel fehlen. — Gegenüberstellung der eigenen Befunde mit denen früherer Bearbeiter. H. Soltmann-Leipzig.

Zur Frage der Revakzination, von G. Soberheim-Bern. (D. m. W., 1921, Nr. 24, S. 672—673.) Auf experimentellem Wege wird durch Revakzination von Kaninchen nachgewiesen, daß auch ohne Auftreten von sichtbarer Hautreaktion eine starke Vermehrung der viruliziden Antikörper stattfindet. Verf. glaubt, daß die Revakzination bei Menschen eine Steigerung des Pockenschutzes auch dann bewirkt, wenn sie nicht zu typischer Pustelbildung führt. F. Harry-Berlin.

Sekundäre Vakzine auf der Zunge, von Langsch. (M. m. W., 1921, Nr. 29, S. 920.) A. v. Notthafft-München.

Sekundäre Vakzine auf der Tonsille, von Wilhelm Hedrich-Erlangen. (M. m. W., 1921, Nr. 35, S. 1119.) A. v. Notthafft-München.

Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung in Bayern in den Jahren 1918 und 1919, von Alfred Groth. (M. m. W., 1921, Nr. 36, S. 1159.) A. v. Notthafft-München.

Tuberkulose.

Tuberkulose und Prostitution, von I. W. Samson. (B. kl. W., 1921, Nr. 36, S. 1078.) Verf. hat bei einem Material von 1300 Kontrollmädchen in 10 Prozent aktive tuberkulöse Krankheitserscheinungen gefunden. Die Tuberkulose ist für die Prostituierten kein Hinderungsgrund, ihrem Gewerbe nachzugehen. Eine allgemein gültige Regel über den Einfluß der Lues auf den Verlauf der Tuberkulose ist nicht aufzustellen. Frische Stadien der Lues scheinen ungünstig, spätere Stadien dagegen nicht ungünstig auf die Tuberkulose einzuwirken. Die Trunksucht wirkt auf die Tuberkulose nicht im verschlechternden Sinne ein. Nur die Stadien II u. III (Turban) treten bei Trinkern häufiger auf. Eine Verbesserung und Verbreiterung der Kontrolle auf die Tuberkulose ist zu fordern. G. Heymann-Elbing.

Über Tuberkelbazillenabbau bei skrofulöser Konstitution, von H. Jastrowitz, Med. Univ.-Polikl. Halle. (D. m. W., 1921, Nr. 19, S. 528—529.) Verf. hat an einem kleineren Material von Kindern mit skrofulöser Konstitution Versuche angestellt über das Vorhandensein der Abderhaldenschen Abwehrfermente gegen Tuberkelbazillen. Dabei ergab sich, daß bei ausgesprochen skrofulösen Kindern mit starker Kutanreaktion auch der stärkste Bazillenabbau stattfand; aber die Stärke der Pirquetreaktion und der Abbaureaktion differieren sehr. Außerdem sind die Abwehrfermente auch nicht in allen diesen Fällen nachzuweisen. Bei einigen Kindern dagegen mit negativem Pirquet, aber tuberkulöser Belastung, waren die Abwehrfermente im Serum vorhanden. Im ganzen wird man daher in der biochemischen Abwehrreaktion bei den Tuberkulosefragen eine brauchbare, leider recht kostspielige Ergänzung der üblichen rein biologischen Proben erblicken können. A. de Lemos-Hamburg.

Zur Frage über die Genese der Tuberkulose des männlichen Genitales, von L. Sussie-Prag. (D. Zschr. f. Chir., 1921, Bd. 165, H. 1 u. 2, S. 101.) Pathologisch-anatomische Arbeit über 30 Fälle von Genitaltuberkulose. Verf. lehnt die Simmonssche Ansicht über die Ausscheidungstuberkulose ab. Gesetze über die Lokalisation lassen sich nicht aufstellen. Es kommen alle Organe des Genitaltraktus in Betracht. Es findet sehr frühzeitig ein Einbruch hämatogener genitoprimärer Herde in Gefäße statt. Die praktische Folgerung dieser letzten Tatsache ist, daß so frühzeitig wie möglich — und zwar radikal — operiert werden muß. M. Rehbein-Hamburg.

Die Tuberkulose der Wangenlymphdrüsen (La Tuberculose des ganglions géniens), von K. Lenormant. (Presse méd., 1921, Nr. 44.) Die von Poncet und Vigier (1892), sowie von Buchbinder, Küttner u. a. beschriebenen Glandulae genae oder Glandulae facialis sind keine konstanten Gebilde, aber doch ziemlich häufig vorhanden. Sie finden sich längs der Arteria und Vena facialis gelagert und lassen drei Gruppen erkennen:

Digitized by Google

eine untere, maxillare, die sich bei etwa der Hälfte der untersuchten Fälle findet, eine mittlere oder buccinatorische, die schon erheblich seltener anzutreffen ist, und eine oberste, nur vereinzelt auftretende, die suborbital, in der Nasolabialfurche und auf der Maxilla lokalisiert ist. Vereinzelt hat man krebsige und gelegentlich eine syphilitische Erkrankung dieser Drüsen beobachtet, aber in der Regel handelt es sich um Tuberkulose oder um eine unspezifische Erkrankung derselben. Die gewöhnlichste Form, in der man die tuberkulöse Erkrankung antrifft, ist einmal der kalte Abszeß und andererseits die Fistelbildung. Die Behandlung ist die gleiche wie bei anderen tuberkulösen Lymphdrüsenentzündungen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Statistische Übersicht über die Tuberkulose der Haut (A Statistical Survey of Tuberculosis of the Skin), von F. Gardiner. (Edinburgh med. J., 1921, Bd. 26, Nr. 6.) Als Methoden der Infektion kommen die direkte örtliche und die durch das Lymphsystem in Betracht. Die Statistik umfaßt 146 männliche und 209 weibliche Individuen. Das erste Auftreten erfolgte bei den männlichen in 68% bis zum zehnten, in 90% bis zum zwanzigsten Jahre, bei den weiblichen in 44% bis zum zehnten, in 80% bis zum zwanzigsten Jahre. Von anderer Seite werden bestimmte Jahre als besonders disponierend betrachtet (das 3., 6., 12., 14., 20.) infolge lymphatischer Störungen zu diesen Zeiten. In 71% der Fälle wurde zuerst das Gesicht betroffen (die Nase bei 5% der männlichen, 30% der weiblichen). Nächsthäufiger Anfangssitz sind Arme und Hände (30% männliche, 19% weibliche). An den Schleimhäuten fand Verf. den Beginn auffallend selten. Beginn an den Drüsen fand sich bei 35 männlichen, 59 weiblichen Kranken, besonders am Halse. Weiter kommen in Betracht akutes Fieber (12 männliche, 17 weibliche), Knochenerkrankungen (10 männliche, 7 weibliche), Verletzungen (18 männliche, 5 weibliche), darunter 4 nach der Vakzination. E. Levin-Berlin.

Zur Diagnose und Behandlung der weiblichen Unterleibs- und Genitaltuberkulose, von H. Freund-Frankfurt a. M. (Allg. m. Ztg., 1921, Nr. 38, S. 223—225.) Für den praktischen Arzt bestimmtes Übersichtsreferat. Als neu ist hervorzuheben eine vom Verf. erprobte Tuberkulinreaktion an der Portio, deren Technik genau angegeben ist. E. Langer-Berlin.

Tuberkulose und peripherisches Gefäßsystem, von G. Liebermeister-Düren. (D. m. W., 1921, Nr. 36, S. 1054.) Man unterscheidet der Genese nach bei der Tuberkulose am peripherischen Gefäßsystem: 1. Veränderungen, die vom Gefäßlumen aus entstehen, 2. herdförmige Mediatuberkulose von den Vasa vasorum ausgehend, 3. Periangitis von der Lymphscheide aus entstehend und schließlich 4. Arrosionstuberkulosen per continuitatem. F. Harry-Berlin.

Die erreichbaren Ziele der spezifischen Tuberkulosetherapie, von H. Selter, Hygien. Inst. Königsberg. (D. m. W., 1921, Nr. 19, S. 525—526.) Es ist Verf. gelungen, bei Meerschweinchen, die mit schwach virulenten Tuberkelbazillen vorbehandelt waren, deutliche Immunitätserscheinungen bei nachfolgender Infektion mit virulenten Bazillen nachzuweisen. Eine Vollimmunität aber scheint es bei der Tuberkulose nicht zu geben. Vorbehandlung mit abgetöteten Bazillen, auch mit den Much schen MTB, ergaben keine immunisatorische Wirkung. Es scheint also, das nur durch lebende humane Bazillen eine Verstärkung der beim erkrankten Menschen vorhandenen Immunität möglich ist. Zu diesem Zwecke hat Verf. ein Präparat hergestellt, daß er Vitaltuberkulin nennt. Es besteht aus schwächer virulenten Bazillen, die in lebender feuchter Form fast bis zur völligen Auflösung verrieben werden, so daß man ein in schonendster Weise aufgeschlossenes Bakterienprotoplasma erhält, in dem alle Bazillenstoffe in vitaler Form vorhanden sind. Das Präparat wird gut vertragen. Um über die therapeutische Wirkung ein Urteil zu fällen, ist die Beobachtungszeit noch zu kurz. Sollte auch mit dem Vitaltuberkulin keine künstliche Immunisierung gelingen, so ist diese eben nicht zu erreichen. Dann können alle Präparate nur durch das in ihnen enthaltene Tuberkulin wirken, dann müßte es aber auch ziemlich gleichgültig sein, welches Tuberkulin verwendet wird. A. de Lemos-Hamburg.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

21. Januar 1922 | Nr. 3 | Band 74

Aus der Universitäts-Hautklinik in Jena (Prof. Spiethoff).

Über die Verwendung der Partialantigene nach Deycke-Much in prognostischer Hinsicht bei Hauttuberkulose.

Von

Dr. Ernst Bergmann, früher Assistenzarzt.

In den Jahren 1919—1920 wurde bei 15 Fällen von Lupus vulgaris zu Beginn und während der Behandlung der Intrakutantiter nach Deycke-Much bestimmt.

Gerade beim Lupus, wo man sich tagtäglich vom Erfolg einer Behandlungsmethode durch den Augenschein überzeugen kann, mußte es interessant sein, festzustellen, ob mit der klinischen Besserung eine Steigerung des Titers einherging und umgekehrt und ob der Muchsche Standpunkt einer qualitativen mathematischen Immunitätsanalyse durch die Klinik sich bestätigte oder nicht. Nach Much hat die Intrakutanreaktion für die Prognose keine direkte Bedeutung, man soll jedoch bei wiederholter Intrakutanreaktion aus ihrem Ergebnis den Erfolg der Kur erkennen.

Müller hat darauf hingewiesen, daß es mit Hilfe der Intrakutanreaktion möglich sei, zu zeigen, daß auch nicht spezifische Kuren (allgemeine Maßnahmen, Röntgenstrahlen, Höhensonne, Quarzlicht) zu einer Steigerung der Antikörperbildung führen, daß wir daraus direkt sehen können, ob wir uns mit der Behandlung auf dem rechten Wege befinden oder ob wir zu einem anderen Heilverfahren übergehen müssen.

Unsere Fälle wurden fast alle mit Kohlenbogenlicht, Röntgen- und Quarzlichtkompression behandelt, 2 Fälle außerdem noch mit Pyrogallussalbe. Die Impfungen wurden mit den Antigenen A, F und N vorgenommen in Zwischenräumen von 4—8 Wochen mit folgenden Resultaten.

In 7 Fällen stieg der Intrakutantiter unter der Behandlung, bei 3 Fällen ging er zurück und bei 5 Fällen war Gleichbleiben bzw. Steigerung für ein Antigen, Fallen für ein anderes zu beobachten. Stand nun der klinische Erfolg zum Ausfall der Impfung in irgend einer Beziehung?

Betrachten wir zunächst die 7 Fälle mit Steigerung des Intrakutantiters, so konnten wir eine wesentliche Besserung in 4 Fällen feststellen, während bei dreien der klinische Erfolg gering war.

Sehr interessant ist die zweite Gruppe der Fälle mit einem Sinken des Intrakutantiters während der Behandlung. Der klinische Erfolg steht zum immun-biologischen Bilde in schroffem Gegensatz. 2 von diesen Fällen wurden nämlich klinisch geheilt und zeigen jetzt, nach bald 2 Jahren, keinen Rückfall, der 3. Fall wurde weitgehend gebessert.

Digitized by Google

Der erste von diesen Fällen betraf eine 22jährige Arbeiterin mit Lupus vulgaris des Gesichtes. Die Behandlung geschah durch Kohlenbogenlicht, Röntgen- und Quarzkompression. Bei der Aufnahme zeigte sie Fehlen des Intrakutantiters für A, sehr schwache Reaktion für F (1 : 10000) und N (1 : 1000). Eine nach 6 Wochen vorgenommene neue Impfung ergibt Gleichbleiben des Titers für F und N und eine eben sichtbare Reaktion für A (1 : 10000000). Nach 7 und 10 Monaten vorgenommene weitere Impfungen ergaben beide Male gänzliches Fehlen des Titers für A und F, ganz schwache Reaktion für N.

Der zweite Fall betraf einen 50jährigen Oberinspektor, der Lupusherde im Gesicht, an den Armen und Schleimhautlupus der Augenlider hatte. Er wurde energisch mit Kohlenbogenlicht (3mal wöchentlich 2 Stunden) Quarz- und Röntgenbestrahlungen behandelt und führte die Behandlung ambulant außerordentlich gewissenhaft durch. Bei der Aufnahme zeigte er einen mittelmäßigen Titer für A (1 : 1000000) und F (1 : 10000), Fehlen jeder Reaktion für N. Schon nach 8 Wochen, während denen die klinische Heilung gute Fortschritte machte, war der Titer für A und F zurückgegangen, während N eine schwache Reaktion zeigte. Nach einem halben Jahre gaben A und F überhaupt keine Reaktion mehr, die schwache N-Reaktion hatte sich gehalten. Nach $1^1/_2$ Jahren konnte ich den Titer des Patienten noch einmal prüfen, das Resultat war dasselbe wie bei der letzten Impfung, nur daß diesmal N in der schwächsten Konzentration reagierte, während die stärkeren N-Quaddeln keine Reaktion zeigten; während also die N-Reaktion in einer Verdünnung von 1 : 1000000 positiv war, war in einer Verdünnung von 1 : 1000 keine Reaktion vorhanden. Diesen Umstand kann ich mir mit Kämmerer nur so erklären, daß Zersetzung oder Verunreinigung der Lösung stattgefunden hatte, und so der positive Befund zustande kam.

Die dritte Gruppe der Fälle, wo der Titer sich unter Behandlung gleichblieb, wurde klinisch weitgehend gebessert.

Much meint, daß uns die mathematische Immunitätsanalyse einen Einblick in das Wesen verschiedener Tuberkuloseerkrankungen gibt, und Müller unterscheidet zwischen Albumintüchtigen und Fetttüchtigen. Albumintüchtige nennt er solche, bei denen die gegen das Tuberkulosebazilleneiweiß gerichteten Antikörper überwiegen, er fand diese hauptsächlich bei den Phtisikern; Fetttüchtige fand er bei der chirurgischen und bei der Hauttuberkulose. Zwar konnten auch wir bei einigen unserer Fälle eine Steigerung des N-Titers beobachten, während die A- und F-Reaktion zurückgingen, doch war dieser Befund keineswegs regelmäßig zu erheben; bei einem Falle war sogar ein Sinken des N-Titers während der Behandlung festzustellen; es kann von Fetttüchtigkeit der Lupösen keine Rede sein. Auch Deycke lehnt auf Grund seiner Erfahrungen den Müllerschen Standpunkt ab; das geht nach ihm schon daraus hervor, daß sich A : F : N in ihren durchschnittlichen Stärken verhalten wie 10000 : 10 : 1, daß demnach die meisten Tuberkulösen, ohne Unterschied der Krankheitsform, eine geringere Empfindlichkeit gegen A als gegen F und N haben.

Wenn wir also unsere Erfahrungen zusammenfassen, so können wir feststellen, daß wir zwar bei Steigerung des Immunitätstiters keine

Digitized by Google

klinische Verschlechterung gesehen haben, wenn auch oft die weitgehende klinische Besserung zum sehr geringen Anstieg des Titers in keinem Verhältnis stand, daß wir aber andererseits beim Fallen bzw. Verschwinden des Titers unter der Behandlung Fälle von klinischer Heilung sahen.

Der Ausfall der Intrakutanreaktion vor oder während der Behandlung bietet keinen Anhalt für die gute oder schlechte Prognose bei Hauttuberkulose.

Literatur.

Deycke, Ärztliche Fortbildung, 1919, Nr. 20. — Fellner, Hautimmunität und Tuberkulose. Verlag Barth, Leipzig. — Hirsch und Vogler, M. m. W., 1918, Nr. 23. — Jakob und Blechschmidt, M. m. W., 1920, Nr. 16. — Kämmerer, M. m. W., 1920, Nr. 13. — Müller, Wilhelm, Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 34, 36, 39. — Much, Lehrbuch der pathologischen Biologie. — Much, Hauttuberkulose. Derm. W., 1917, Nr. 23. — Köllner. M. m. W., 1919, Nr. 39. — Kreutzer, Zschr. f. Tbc., 1920, Bd. 32. — Pilzel, M. m. W., 1918. — Wick, Klin. ther. Wschr., Jahrg. 26, Nr. 37—44. — Strauss, M. Kl., 1921, Nr. 2.

Untersuchungen über die Ätiologie der Krankheiten der Herpesgruppe (Herpes zoster, Herpes genitalis, Herpes febrilis[1]).

Von

Priv.-Doz. Dr. B. Lipschütz in Wien.

1. Das Virus des Herpes zoster ist auf die Kaninchenkornea übertragbar; die Haftung erfolgt unregelmäßig. Es muß daher eine größere Anzahl von Tieren mit Material möglichst junger Effloreszenzen geimpft werden. 2. Sowohl in menschlichen Hauteffloreszenzen des Herpes zoster als auch in der Impfkeratitis des Kaninchens treten morphologisch und färberisch charakteristische „Kerneinschlüsse" auf, die ich im Sinne der Chlamydozoenlehre deute und als „Zosterkörperchen" bezeichne. 3. Herpes genitalis ist eine auf den Menschen übertragbare Infektionskrankheit. 4. In Effloreszenzen des Herpes genitalis des Menschen und in der mit Material von Herpes genitalis erzeugten Impfkeratitis des Kaninchens sind konstant die als „β-Herpeskörperchen" bezeichneten intranukleären Einschlußgebilde aufzufinden und in Passagen nachzuweisen. 5. In der mit Material von Herpes febrilis leicht zu erzeugenden Impfkeratitis des Kaninchens treten in großer Zahl intranukleäre Einschlüsse auf: „α-Herpeskörperchen". Alle diese Einschlußkörper stellen Derivate autochthoner Kernsubstanzen dar; sie entsprechen einem pathologischen Vorgang als Ausdruck der spezifischen Zell- bzw. Kernreaktion auf das Virus des Herpes zoster bzw. des Herpes genitalis und des Herpes febrilis. 6. Die biologische Verschiedenheit der Krankheiten der Herpesgruppe läßt sich durch den Kornealversuch leicht erbringen: a) alle drei Herpesarten sind auf die Kaninchenkornea impfbar, hingegen nur das Virus des fieberhaften Herpes auch auf die Hornhaut des Meerschweinchens; b) auf die Hornhaut des Kaninchens ist Herpes genitalis und Herpes febrilis in 100% der Fälle impfbar, während Herpes zoster nur unregelmäßig angeht; c) nach Impfung mit Material des fieberhaften Herpes ist der Verlauf viel stürmischer als nach Impfung mit Material von Herpes zoster oder Herpes genitalis. Dementsprechend muß die Untersuchung auf Kerneinschlüsse bei Herpes febrilis viel früher, und zwar innerhalb der ersten 24 Stunden, am besten nach 8 Stunden,

---

[1]) Bei der Wichtigkeit dieser neuen Befunde haben wir Herrn Lipschütz gebeten, einen kurzen genauen Selbstbericht seines Vortrages am Hamburger Dermatologen-Kongresse zu verfassen. (D. Red.)

Digitized by Google

erfolgen; für Herpes genitalis ist dieses zeitliche Optimum der dritte, für Herpes zoster der vierte Tag nach der Impfung; d) auch in immunisatorischer Hinsicht bestehen Unterschiede je nach dem Impfmaterial (gekreuzter Immunitätskornealversuch mit Herpes febrilis und Herpes genitalis). 7. Die „ballonierende Degeneration" (Unna) läßt sich experimentell in der Kaninchenkornea durch Verimpfung von Material von Herpes genitalis, Herpes febrilis und Herpes zoster in absteigender Intensität nachweisen. 8. Die Krankheiten der Herpesgruppe (Herpes zoster, genitalis und febrilis) werden als „Einschlußkrankheiten" (Chlamydozoonosen oder Strongyloplasmosen) aufgefaßt und die Existenz dermotroper (oder neurodermotroper) Infektionserreger angenommen. 9. Dem Zellkern als Virusträger dürfte nicht nur bei den Krankheiten der Herpesgruppe (Herpes zoster, Herpes genitalis, Herpes febrilis), sondern höchstwahrscheinlich noch bei einer Reihe anderer Dermatosen mit bisher unerforschter Ätiologie (Condyloma acuminatum, Warzen usw.) besondere Bedeutung zukommen, und die Karyooikongruppe der Chlamydozoa und Strongyloplasmen könnte berufen sein, in der ätiologischen Erforschung zahlreicher infektiöser Dermatosen eine wichtige Rolle zu spielen.

Über die Therapie der Folliculitis barbae.

Von

Dr. Josef R. Thim in Wien.

Mit 1 Abbildung im Text.

Die Behandlung der chronischen, zu Rezidiven neigenden entzündlichen Erkrankung mit den bisherigen Mitteln, erforderte viel Geduld und Ausdauer; die Veröffentlichung von Dr. Gutmann in der Derm. W., 1921, Nr. 39, dürfte daher vielen willkommen sein.

Im Anschluß dieses Artikels benutze ich die Gelegenheit, auch meine Behandlungsmethode, mit welcher ich gute Erfolge erzielte, mitzuteilen. Pat. wäscht sich täglich dreimal den behaarten Teil des Gesichts, Halses und Nackens mit einer Karbol-Borax-Formalinlösung, und pudert täglich abends die Haut mit Sulfoform ein. Augen schonen.

Rp.: Acidi carbolici
Boracis 3—4 g
Formaldehydi soluti (40%) 10—20 g
Glycerini 25 g
Aquae destillatae ad 300 g
S. Äußerlich.

Rp.: Sulfoform 30 g
S. Suo nomine,
oder:
Rp.: Sulfur praecipitati 10 g
Zinci oxydati 20 g
S. Zinkschwefelpuder.

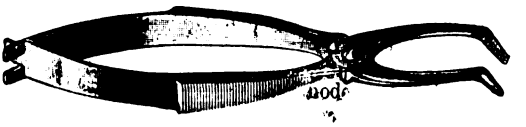
Nach 8 Tagen einigemal Einfetten der Haut mit Schwefelsalizylsalbe.

Rp.: Acidi salicylici 1 g
Sulfuris praecipitati 5 g
Olei ricini 3 g
Lanolini
Vaselini flavi ää ad 50 g
S. Salizylschwefelsalbe.

Die konsequente Epilation der befallenen Haare darf nicht unterlassen werden, denn sie ist wesentlich für den Erfolg. Ist die Follikulitis sehr ausgebreitet, so ist einmalige Röntgenbestrahlung (8—10 X bei 0,50—1 mm Aluminiumfilter) angezeigt. Bei leichteren Formen epiliere ich ohne Röntgenbestrahlung mit meiner Epilationszange (Patent D. Ö. vom 25. Okt. 1920, Nr. 81549). Deren Zangenmaul ist mit seitlich im Winkel abgebogenen Schnäbeln ausgestattet, die beim Erfassen der Haare zuerst an ihrer Spitze schließen und infolge der ihnen innewohnenden Federkraft beim Vergrößern des Schließdruckes an den Zahnhebeln allmählich bis zu vollkommener Berührung gebracht werden können. Dadurch steigert sich der quer zur Berührungsfläche wirkende Zangendruck bis zu einem gewissen Maximum, wodurch ein sicheres Fassen der feinsten und kürzesten Haare ermöglicht wird.

Digitized by Google

Die Zeichnung zeigt die Ausführungsform der Schnabelzange in Form einer Epilationszange[1]). Sie besteht in an sich bekannterweise aus den beiden zweiarmigen Zangengabeln, die um einen Drehpunkt spielen und durch ihre federnden Enden in geöffneter Stellung erhalten werden. Eine der Federn stützt sich mit einem Lappen in einen Ausschnitt der anderen Federn. Erfindungsgemäß werden nun die beiden das Maul der Zangen bildenden Hebelteile von den seitlich im Winkel abgebogenen Schnäbeln ausgebildet, die den eigentlichen Greifer der Zange vorstellen. Der untere Schnabel ist in einem etwas stumpferen Winkel abgebogen als der andere und im Fleische schwächer gehalten sowie auch federhart gehärtet. Dieser legt sich beim Zusammendrücken der Hebel an den geriffelten Federteilen (Facetten) mit seiner Spitze zuerst gegen den oberen im Fleische stärker gehaltenen Schnabel an und kann beim festeren Zusammendrücken der Zangenhebel zur vollständigen Berührung mit dem anderen gebracht werden. Zum besseren Erfassen der Haare sind die allmählich zur Berührung kommenden Flächen der Schnäbel fein und entgegengesetzt geriffelt.



Diese neue Epilationszange kann auch mit elektrischer Beleuchtung versehen werden, um die allerfeinsten Haare bei künstlichem Licht leicht erfassen zu können.

Rasieren und Anwendung der Haarmaschine ist gestattet, nur müssen Messer und Haarschneidemaschine z. B. mit Chinosollösung (1—2 g ad 1000 g) stets desinfiziert werden. Nach dem Rasieren wäscht der Pat. die Haut jedesmal mit der Karbol-Formalinlösung ab.

Die Behandlung muß so lange fortgesetzt werden, bis alle Infektionsherde vernichtet sind. Nach Heilung ist es ratsam, die Desinfektionsflüssigkeit noch wöchentlich zweimal und eine überfettete Schwefelsalbe öfters anwenden zu lassen. Diese Behandlungsmethode dürfte sich auch für oberflächliche Dermatomykosen eignen.

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. November 1921.

Vorsitzender: FINGER. Schriftführer: PLANNER.

KRÜGER (Abt. OPPENHEIM): **Serpiginöse syphilitische Papeln mit zentralem Rezidiv und oberflächlicher Atrophie.** In der linken Ellenbogengegend ein kreisförmiger Herd, der von hirsekorngroßen, braunroten, derben Knötchen begrenzt ist, die leicht schuppen. Daran grenzen weißliche Hautpartien, deren Oberfläche leicht gefältelt ist. In der Mitte dieses Herdes mehrere bis zweikronenstückgroße Ringe mit weißlichem Zentrum, deren Rand von braunroten Streifen gebildet ist. Ein ähnlicher Herd in der Kreuzgegend.

KRÜGER: **Scleroderma universale und Sklerodaktylie.** Das Gesicht der 48jähr. Frau starr, der Mund zusammengezogen, Lidspalten etwas erweitert, die Haut glänzend, gelblich. Furchen der Stirne ausgeglättet; entsprechend der Klavikula und Mamilla die Haut depigmentiert, weiß, sehnig glänzend. Finger und Hände am stärksten verändert, in starrer Beugestellung, in der Dickenausdehnung geschrumpft, stellenweise wie eingeschnürt. Handteller starr und nicht faltbar. Die Starrheit erstreckt sich von den Händen bis über die Ellenbogen. Oberschenkel gelbbraun, verdickt, schwer faltbar. Zunge schwer beweglich, kann nicht herausgestreckt werden.

ARZT und FUHS haben in Bestätigung der Arbeiten aus der Abteilung EHRMANN in zwei Fällen röntgenologische Veränderungen an der Sella turcica feststellen können.

OPPENHEIM: **Acne conglobata et indurata mit tuberkulöser Hauterkrankung.** Der 35jähr. Pat. wurde vor sechs Monaten von PORIAS hier als Acne conglobata vorgestellt und hatte damals keine Zeichen tuberkulöser Infektion, Reaktionen auf Tuberkulose, innere Organe negativ. Jetzt am Rücken, im Nacken, der Schultergegend, um

[1]) Zu haben bei Karl Reimer, Wien IX, Mariannengasse 17.

Digitized by Google

die Mammae und den Axillen fluktuierende bis nußgroße Knoten von gelblicher und blaurötlicher Farbe, die von lividen, polyzyklisch verlaufenden Bändern umgeben sind, ferner unregelmäßige, deprimierte Narben, zum Teil mit Gruppen von Komedonen, die ebenfalls blaurot umsäumt sind. Einige Herde erreichen die Größe eines Handtellers, so am linken Oberschenkel, wo eine scharf begrenzte, blaurote Platte von zahlreichen, unregelmäßigen Narben und grubigen Vertiefungen durchsetzt erscheint. An den Streckseiten beider Arme blaurote bis erbsengroße Knoten mit zentralen Nekrosen und scharf begrenzte, kleine runde, vertiefte Narben. Pirquet, Stichreaktion positiv, ebenso allgemeine Reaktion. Die histologische Untersuchung der blauroten Zonen ergibt lupoides Gewebe. Das Resultat des Tierexperimentes steht noch aus. Nach Finger ist die Acne conglobata von der Acne cachecticorum zu trennen. Es ist also aus der A. conglobata eine A. cachecticorum geworden, die ja jetzt als Tuberkulid aufgefaßt wird.

Ehrmann bemerkt, daß sowohl von Hebra wie von Kaposi als Acne cachecticorum zwei Formen abgebildet sind, die eine entspricht einem akneiformen Tuberkulid, die andere einer zerfallenden Acne conglobata mit buchtigen Geschwüren und schlappen Abszessen. E. hat zwei Fälle vorgestellt, bei denen unzweifelhaft Tuberkulose vorhanden war, einer kam zur Obduktion, wobei tuberkulöse Drüsen vom Hilus bis in die Halsgegend reichend sich zeigten, am Hals Abszesse und Geschwüre, am übrigen Körper Atheromzysten und Acne conglobata. Komedonen finden sich in einzelnen Fällen; sie fehlen, wenn sie in die Abszesse mit einbezogen sind. In einzelnen Fällen zeigen sich kleine Hügelchen, die im Schnitte atypisch verhornende, kugelförmige Gebilde aufweisen, die von Infiltraten durchsetzt sind, offenbar veränderte Talgdrüsenparenchymzellen. In einem Falle entstanden sie auf Einreiben mit Morosalbe, während sie an der mit Lanolin eingeriebenen Kontrollstelle nicht auftraten. Da die Morosalbe kein Vaselin enthält, kann es sich nicht um Vaselinwirkung handeln.

Kyrle: Das jetzt positive Ergebnis der Tuberkulinreaktion sagt entweder, daß Pat. früher anergisch, jetzt allergisch geworden ist, oder daß einer jener seltenen Fälle vorliegt, wo ein bisher tuberkulosefreier Mensch sich frisch infizierte. Die Beziehung der Hauterscheinung zur tuberkulösen Infektion wäre etwa so zu deuten, daß durch die von früher bestehende intensive Acne loci minoris resistentiae für die Kochschen Bazillen geschaffen wurden.

Hellmann: **Nävokarzinom in einem Lupus vulgaris.** 54jähr. Frau mit ausgedehntem Lupus vulgaris im Gesicht, innerhalb dessen Epitheliombildungen bestehen, die aber nicht als Lupuskarzinome, sondern als Nävokarzinome im Lupusherde anzusprechen sind.

Lipschütz: **Alopecia areata.** Ein 3 Jahre altes Mädchen zeigt zwei handtellergroße, symmetrisch am Hinterkopf sitzende, nach außen mit konvexen Rändern versehene kahle Herde — eine große Seltenheit vor dem fünften Lebensjahre.

Fischl: **Halbseitiges Abheilen von Lupus erythematosus nach Chinin-Jodtinkturbehandlung.** Eine Pat., die vor sechs Monaten an symmetrischem Lupus erythem. des Gesichts erkrankte. Die Holländersche Therapie hat zur völligen Heilung rechts geführt, während links trotz gleichmäßiger Behandlung die Plaques noch vorhanden sind.

Brünauer: **Psoriasis capillitii mit Beteiligung der Augenbrauen und Augenlider.**

Brünauer: **Erythrodermia exfoliativa generalisata.** Groblamellöse Schuppung des Kopfes, Gesichtes und Rumpfes, stellenweise Nässen; an anderen Stellen die Haut verdickt, in Falten gelegt. Charakteristisch ist die von Ehrmann hervorgehobene livide Verfärbung der Haut in der Kälte, welche ebenso wie das Kältegefühl und Zittern auf das Fehlen der verhornten Epidermisschichten zurückzuführen ist. Deutliche Inguinaldrüsen.

Ehrmann hält den Fall für eine sekundäre Erythrodermie. Das Vorhandensein der Körperhaare und der Pubes entspricht dieser Annahme; übrigens kommt auch bei sekundären Erythrodermien Haarverlust vor, wie bei Psoriasis nach stark wirkenden Mitteln (Chrysarobin, Schmierseife) Erythrodermie mit Haarverlust bis auf die Lanugohaare aufgetreten ist.

Kyrle bemerkt, daß das eigenartige Kolorit von Teerbehandlung aus der Klinik Finger herrührt.

Strassburg (Klinik Finger): **Ausgebreitete Gummennarben im Gesicht** bei einem 17jähr. Pat., die zur Zerstörung des Nasengerüstes, der rechten Hälfte des Oberkiefers, Atrophie des Unterkiefers und Verlust des rechten Auges geführt haben.

Fuhs (Klinik Riehl): **Mikrosporie.** Vier Kinder, das eine unbehandelt, die drei anderen mit Rezidiven nach andernorts vorgenommener Röntgenepilation und Schälung;

Digitized by Google

notwendig ist demnach eine intensive Behandlung. Bei einem der Knaben wurden die oberflächlichen Herde durch Einreibung mit Tartarus-stibiatus-Salbe in tiefe umgewandelt. Drei Pat. der Kinderklinik, die am selben Tage unter dem klinischen Bilde einer oberflächlichen Trichophytie in Behandlung der Klinik traten, wurden mikroskopisch als Mikrosporie agnosziert. Alle als Herpes tonsurans imponierenden Erkrankungen des Kopfes müssen mikroskopisch und kulturell auf Mikrosporie durchforscht werden, da letztere in Wien in Ausbreitung begriffen ist.

Oppenheim ist der Ansicht, daß die Tartarussalbe elektiv auf jene Stellen einwirkt, wo noch Pilze vorhanden sind, und daß hier nach ein- bis zweimaliger Einreibung Pusteln auftreten, während die gesunden Partien erst später Entzündung aufweisen. Die Narben nach der Behandlung fallen nicht ins Gewicht.

Arzt: Rezidivierende Fälle zu behandeln, ist außerordentlich schwierig. Die Tartarussalbe setzt tiefgreifende Entzündungen. In einem solchen Falle haben wir nach kutaner Trichophytininjektion Ansteigen der Temperatur gesehen, was wir als Allgemeinreaktion deuten möchten.

Oppenheim konnte durch Trichophytin weder lokale noch Herdreaktionen hervorrufen.

Ullmann: Prof. Rasch-Kopenhagen meint, die sicherste Methode zur Heilung von Trichophytie und Mikrosporie sei Überführung in ein Kerion, einmal geheilt, bleibt Kerion rezidivfrei.

Kyrle hält diese Prozeduren, die entzündliche Reaktionen auslösen, wie durch Tartarus stibiatus oder Pyrogallussäure, für zweckmäßig.

Fuhs: **Lupus erythematosus disseminatus.** 43jähr. Frau, bei der im Anschluß an Quarzlampenbestrahlung eines diskoiden Herdes an Nase und Umgebung unter Fieber und Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens eine Aussaat von Effloreszenzen an Kopf, Gesicht, Brust und Extremitäten entstand. Pirquet und subkutane Tuberkulininjektion (O. Olmo) negativ; Lungenbefund ohne Besonderheit.

Fuhs: **Psoriasis und Erythema nodosum.** 16jähr. Mädchen mit disseminierter Psoriasis, zwischen deren Effloreszenzen an der Streckseite der Extremitäten bis kirschgroße Knoten von Erythema nodosum.

Kumer (Klinik Riehl): **Lichen planus.** 34jähr. Mann. Dicht gedrängte Knötchen und Ringformen am Stamme und Extremitäten; befallen sind auch Handteller, Fußsohlen und Zunge.

Kumer (Klinik Riehl): **Lichen planus hypertrophicus.** 53jähr. Mann, IV. 1919 von Riehl vorgestellt und Derm. Zschr., Bd. 30, veröffentlicht. Inzwischen noch stärker hervorgetreten, am Skrotum und in den Genitoruralfurchen derbe, $^1/_2$ cm vorspringende Plaques. In der Analgegend nußgroße, breiten Kondylomen ähnliche Tumoren.

Ullmann möchte auf die von ihm geübten (W. med. W., 1913) intravenösen Injektionen von arseniksaurem Kali in steigender Dosis aufmerksam machen. Man steigt von 0,2 g jeden 2.—3. Tag in maximo bis zu $2^1/_2$—3 g Solutio Fowleri pro dosi, was in maximo 0.02 g As pro dosi entspricht, und injiziert 6—8 Wochen bis zur Gesamtdosis von 20—30 g Solutio Fowleri, das ist 0,2—0,3 Kalium arsenicosum.

Kumer (Klinik Riehl): **Psoriasis universalis.** 35jähr. Mann. Beginn mit kleinen Herden an der Brust, plötzlich universeller Ausbruch.

Kumer (Klinik Riehl): **Onychomycosis favosa.** Keine Erkrankung der Kopfhaut. 10jähr. Mädchen, seit frühester Kindheit der linke Mittelfingernagel typisch verändert, positiver Pilzbefund.

Kren: **Näviforme Affektion.** 26jähr. Drogist, beide Hände blaurot infolge venöser Infektion, und zeigen dichte, leicht polygonale, kaum elevierte Knötchen von normaler Hautfarbe, so daß die Hände wie gesprenkelt aussehen. Die Affektion besteht seit Kindheit.

Kren: **Mikrosporie mit eigenartigem Lichen trichophyticus.**

Arzt: Unter den zahlreichen Mikrosporiefällen der Klinik Riehl kam ein einziges Mal ein Allgemeinexanthem in Form eines follikulären Lichen vor, das mit dem vorgestellten Fall keine Ähnlichkeit zeigte. Vielleicht ließe sich Klärung durch lokales Einreiben mit einer Morosalbe (Trichophytin und Mikrosporin) erzielen.

Arzt (Klinik Riehl): **Leukoderma syphiliticum bei einem Ehepaar.** 20jähr. Frau mit sekundärer Lues am Genitale und ausgebreitetem Leukoderma am Hals und am Rücken. Liquor positiv. Beim 22jähr. Gatten ebenfalls Leukoderm am Hals. WR positiv, Liquor positiv.

Arzt: **Kolliquierende Hauttuberkulose nach Bazillenemulsioninjektionen.** Eine 67jähr. Frau mit matschen Infiltrationen, die fistelähnliche Bilder hervorrufen.

Digitized by Google

Pat. wurde III. 1921 mit 30 Injektionen Bazillenemulsion behandelt. An den Oberarmen, den Injektionsstellen entsprechend, und am Rücken braunrote Infiltrate, die jetzt zentral vernarbt sind. Bei Palpation an einzelnen Stellen noch Knoten. Die histologische Untersuchung zeigt tuberkuloiden Bau, ähnlich Skrofuloderm. Da auch Kumer in einer Reihe von Fällen experimentell solche Veränderungen mit diesem Präparat erzeugen konnte, würde es sich empfehlen, diese Therapie nur unter bestimmten Voraussetzungen auszuführen.

Fischl: Hinweis auf im Vorjahr demonstrierte Veränderungen nach Tuberkulininjektionen (Publikation in Derm. Zschr.).

Arzt: **Combustio bei Lues cerebrospinalis.** 39jähr. Frau, durch Wasserdampf am Oberarm in Ausdehnung von zwei Handtellern zweit- und drittgradig verbrannt. Die einwirkende Hitze hat sie nicht gespürt. Es besteht Lues spinalis mit Analgesie und Anästhesie. Die Anamnese ergibt eine 11jähr. mit Salvarsan und Hg behandelte Lues. WR im Serum und Liquor positiv.

Arzt: **Neugeborene Zwillinge mit hereditärer Lues.** Die beiden, zwei Tage alten, eineiigen Kinder zeigen Pemphigus syphiliticus an Händen und Füßen. WR bei den Kindern und der Mutter negativ. Liquor noch nicht untersucht.

Arzt: **Schankriforme Papel oder Reinfektion?** 26jähr. Mann, 1914 Sklerose am Orificium urethrae und Exanthem. Nach der nicht ganz verläßlichen Anamnese war WR immer negativ. Seit 14 Tagen ein Geschwür im Sulcus coronarius mit positivem Spirochätenbefund. Geringe inguinale Drüsenschwellung. WR schwach positiv, Liquor negativ.

Arzt: **Ulceröses Spätsyphilid.** 33jähr. Frau mit über fünfkronenstückgroßem Geschwür am rechten Nasenflügel. WR im Serum und Liquor positiv. Pirquet negativ. Histologisch neben Plasmazellen und Epitheloidzellen reichliche Riesenzellen.

Lipschütz: **Experimentelle Erzeugung von Teerkarzinomen an der Haut der Maus.** (Erscheint ausführlich.)

Kyrle fragt, ob sich bei der histologischen Untersuchung rein epitheliale Tumoren oder Mischformen, Sarkokarzinome, ergeben haben und verweist auf Arbeiten aus dem Hamburger Krebsinstitut und von japanischen Autoren, welche nicht nur Mischtumoren dieser Art feststellen, sondern diese auch bei Überimpfung getrennt übertragen konnten.

Sachs: Gegen die Bezeichnung „atypische Epithelproliferation", wie wir sie beim Epitheliom antreffen, wäre das Fehlen der Anaplasie der Zellen — ganz abgesehen von dem Fehlen der Malignität — anzuführen.

Ullmann: Einpinselung mit gewissen Teerarten hatte die Metaplasie des gewucherten Epithels zur Folge. Hingegen kommt es bei intrakutanen Injektionen von reizenden Substanzen nicht zu diesem Effekt, sondern nur zu Hornwucherungen ohne Tendenz zur Metaplasie.

Oppenheim erwähnt, daß bei dem von ihm beschriebenen und beim Menschen experimentell erzeugten Vaselinoderma die klinischen und histologischen Verhältnisse ähnliche sind. Die Epithelwucherung gedeiht aber nur bis zur Hyperplasie der Basalzellen und bildet sich dann zurück. Es wäre möglich, daß bei Disponierten die Wucherung noch weitergehen könnte.

Fachzeitschriften.

Proceedings of the Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

Sitzung vom 19. Mai 1921.

George Pernet: **Fall von Mycosis fungoides.** Empfehlung von Chininum sulfur. für die Behandlung.

E. G. Graham Little: **Diphtherisches Hautgeschwür.** (Diphtheroid Ulceration of the Skin.) Chronische Ulzeration an der Nase mit tiefem Geschwür am rechten Nasenflügel. Positiver Befund von Diphtheriebazillen. Er glaubt, daß diese als Ursache der Affektion anzusprechen sind, die Richtigkeit dieser Annahme wäre durch Wirksamkeit spezifischer Vakzinetherapie zu erhärten. Whitfield widerspricht dem mit Rücksicht auf die neueren Erfahrungen über spezifische und nichtspezifische Vakzinewirkungen.

Digitized by Google

E. G. Graham-Little: **Fall von Adenoma sebaceum.** Die Läsionen sind teils rot (Typus Pringle), teils ganz blaß (Typus Balzer).

J. H. Sequeira: **Fall von kongenitaler Hypertrichosis.**

J. H. Stowers: **Photographien eines ausgebreiteten schweren Falles von Hauttuberkulose, erfolgreich behandelt mit pikrins. Kupfer in Verbindung mit Lichtbehandlung.** (Photographs of an Extensive and Severe Case of Tuberculosis of the Skin successfully Treated by Means of Picric-brass Preparations Combined with Heliotherapy.)

H. W. Barber: **Fall von Epidermolysis bullosa.** In der Familie wurden 22 Fälle der Erkrankung gefunden, davon in der gegenwärtigen Generation 2 bei Knaben, 2 bei Mädchen.

H. W. Barber: **Fall zur Diagnose.**

J. H. Sequeira: **Sogenanntes multiples idiopathisches Pigmentsarkom (Kaposi).** (So-called Multiple Idiopathic Pigment Sarcoma [Kaposi].) Bemerkenswert sind Metastasen am Gaumen.

S. E. Dore: **Fall von Lichen planus bei einer Frau von 47 Jahren.** (Case of Lichen Planus in a Woman, aged 47.) Die Erkrankung besteht angeblich seit 41 Jahren mit mehrfach wiederholten Eruptionen. Streifenförmige Anordnung in der Längsachse des Beines. D. ist mehr für Lichen als für Naevus linearis.

S. E. Dore: **Fall von eigentümlicher Narbenbildung nach Comedo.** (Case of Peculiar Scarring Following Comedo.) Kleine tiefe, über Nase und Wangen zerstreute Narben. Sie scheinen das Resultat einer Atrophie um einen Komedo herum zu sein, ohne Zwischenstadium von Entzündung oder Eiterung. E. Levin-Berlin.

Actas dermo-sifiliográficas.

Februar-März 1921, Nr. 3, S. 77.

Spanische Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis.

Sitzung vom 2. Februar 1921.

Portilla: Bei einem Knaben mit **syphilitischem Schanker,** der von Februar bis Oktober 1921 14 intravenöse Hg cyanat., 7 Neosalvarsan, 5 Silbersalvarsan erhielt, zeigt sich $1^1/_2$ Monate nach Beendigung dieser Behandlung ohne vorhergegangenen Koitus eine Ulzeration am Penis mit Spirochäta. Diagnose: Solitäres syphilitisches Rezidiv.

Cubero stellt einen Kranken mit **diphtheroidem syphilitischem Schanker der Zunge** vor.

Sainz de Aja: **Epitheliom des unteren Augenlides mit Radium** mit gutem kosmetischem Resultat geheilt. Ein anderes Epitheliom der dorsalen Handfläche verhält sich refraktär gegenüber Radium und Röntgen, wie schon bei verschiedenen Fällen dieser Art Epitheliome beobachtet wurden. Amputation der Hand ist hier die einzig mögliche Radikalheilung.

Covisa y Sanz de Grado: Behandlung der **varikösen Geschwüre** nach Sicard. Intravenöse Injektion von Natr. carb. 10%, 5—10 ccm 3mal wöchentlich bis 20 Injektionen. Gute Resultate.

Covisa: **Syphilitische Sklerosis der Pars cavernosa penis.** Die wie eine Induratio plastica penis erscheinende Veränderung wird wesentlich durch eine antisyphilitische Behandlung gebessert.

Sainz de Aja: Bei der **benignen Varietät der Prurigo Hebra, der Prurigo mitis,** tritt nach reiner Thigenolbehandlung wesentliche Besserung ein.

Barrio de Medina: **Verrucae planae juveniles** mit Neosalvarsan behandelt.

Sanz de Grado: **Harte Schanker** mit Pepsin behandelt befördert die Heilung. Die verdauende Wirkung der Albumine durch Pepsin tritt hier in Erscheinung. Sanz weist auf Unna-Hamburg hin, der ein Gemisch von Pepsin und Salzsäure bei der Behandlung von Narben verwendet.

Bejarano y Covisa: Die Syphilis greift häufig die Nebenniere an und ruft eine **Hypofunktion,** eine **Asthenie** und **pigmentöse Veränderungen** hervor. Neben der antisyphilitischen Behandlung Injektionen von Adrenalin erforderlich.

Digitized by Google

Sitzung vom 4. März 1921. S. 80.

Bertoloty: Zwei Fälle von **Maltafieber** werden durch Injektionen mit Silbersalvarsan geheilt. Es wird darüber diskutiert, ob es sich um eine reine spezifische Wirkung oder um eine blutbessernde Wirkung durch Arsen handelt.

Covisa: Ein **serpiginöses venerisches Geschwür** mit Tuberkulin geheilt. In der Diskussion wird darauf hingewiesen, daß es sich wohl um ein Geschwür mit tuberkulöser Grundlage handelt.

Grande de Riego: Ein Fall von **Trichophytie der Nägel.**

Forns: **Variköses Geschwür** nach Sicard geheilt mit nur 4 Injektionen.

Sanz de Grado weist auf den von der französischen Schule betonten **Zusammenhang von Syphilis und Alopecia areata** hin. Zwei von ihm antiluetisch behandelte Fälle heilten schnell aus. In der Diskussion wird der syphilitische Ursprung der Alopecia areata bestritten.

Sainz de Aja: Zwei Fälle **zur Diagnose** werden vorgestellt. Es handelt sich um ein serpiginöses Geschwür. Differential-diagnostisch kommt Syphilis, weicher Schanker, venerisches Granulom und Tuberkulose in Frage.

Silbersalvarsan und die Wassermannsche Reaktion (Silbersalvarsan y Reaccion de Wassermann), von Enrique Alvarez Sainz de Aja y Laureano Echevarria. S. 84. An 26 klinischen Fällen untersuchen die Verff. die Einwirkung des Silbersalvarsans auf die WR. Eine Reihe von Fällen nur mit Silbersalvarsan behandelt, eine weitere Reihe kombiniert mit Hg. Sie finden, daß bei der nur mit Salvarsan behandelten Gruppe der Wassermann nach durchschnittlich 1,97 g negativ wird; während bei der kombiniert behandelten Gruppe die negative Reaktion früher im Durchschnitt bereits bei 0,86 g eintritt. In 4 Tabellen stellen sie die Beobachtungen übersichtlich zusammen. Sie vertreten zum Schluß den Standpunkt der Dauerbehandlung der Syphilis und zwar die Salvarsan- und Hg-Serien abwechselnd zu verabreichen, damit keine Gewöhnung an eins der beiden Mittel eintritt.

Übertragung venerischer Schanker durch gesunde Personen. Bazillenträger (Transmision de chancros venereos por personas sanas. Portadoras de germenes), von E. Alvarez Sainz de Aja, S. 118. Der Verf. berichtet über einen tragischen Fall eines 5 Tage verheirateten Ehepaares. Bei der Braut traten multiple weiche Schanker 5 Tage nach der Verheiratung auf. Die Hymeneinrisse waren der Sitz der Schanker. Eine Untersuchung des Ehemannes ergab vollkommenes Freisein von Schanker. Entweder ist der Ehemann oder die Ehefrau Träger des Bazillus gewesen. Verf. zählt die in der Literatur bekannten Fälle ähnlicher Art auf. H. Deselaers-Crefeld.

Mitteilungen aus der Literatur.

Tuberkulose.

Eigentümlichkeiten beim pathologisch-anatomischen Bild des frühzeitig diagnostizierten Lupus auf der Nasenschleimhaut, von K. A. Heiberg und Ove Strandberg, Finsens med. Lichtinstitut. (Zschr. f. Laryngologie.) Frühzeitige Lupusfälle werden nur in seltenen Fällen klinisch und pathologisch beobachtet, sind aber bezüglich der Heilung von besonderer Wichtigkeit. Verff. berichten über zwei solche Fälle, die von ihnen histologisch untersucht sind. Das Bild weicht von den bei älteren Lupusfällen bekannten Figuren ab. Beim frischen Lupus ist die relative Intaktheit des Epithels bei hämatogener Entstehung charakteristisch. Der tuberkulöse Prozeß, der sich aus Entzündungsinfiltraten und Elementartuberkeln zusammensetzt, spielt sich um die Drüsenschläuche ab. Die Drüsengruppen sind mehr oder weniger wohlerhalten. Am charakteristischsten ist der Umstand, daß das Gewebe zwischen den Drüsengruppen frei bleibt und keine ausgesprochenen Zeichen einer Entzündung aufweist.

E. Langer-Berlin.

Über Hauttuberkulose im höheren Alter, von S. Bollag. (Diss., Basel 1919.) Lupus überwiegt als die häufigste tuberkulöse Hauterkrankung gegenüber den anderen Formen. Im Gegensatz zu den Angaben älterer Autoren ist er an der Baseler Klinik auch im höheren Alter öfters gefunden worden. Skrofuloderma ist eine Erkrankung hauptsächlich des kindlichen und jugendlichen Alters und ist nur selten im höheren Alter anzutreffen, ebenso befallen die Tuberkulide fast nur Kinder und jugendliche Per-

Digitized by Google

sonen, während Tuberculosis verrucosa cutis inkl. Leichentuberkel besonders in den mittleren Altersklassen, dagegen seltener im Kindes- und Greisenalter angetroffen wird. Am Lupus vulgaris ist das weibliche Geschlecht im allgemeinen bedeutend stärker beteiligt als das männliche, ganz besonders aber im höheren Alter, und zwar hier im Verhältnis von 7:1. Im Gegensatz zu früheren Autoren behauptet der Verf., daß in seinen Fällen der Alterslupus erst im 6., 7. und 8. Dezennium entstanden sei. Der Alterslupus unterscheidet sich prinzipiell nicht von dem Lupus Jugendlicher in seinem morphologischen Aufbau; es kommen auch hier alle Formen vor, wenn er auch bis auf einen stark progredienten Fall nach Ansicht des Verf. benigner und äußerst langsam fortschreitend verläuft. Die Benignität beruht wohl auf dem alternden Gewebe, das nur geringe Neigung zu entzündlichen Prozessen durch Zugrundegehen und Obliteration der Lymphbahnen zeigt. Pathogenetisch dürfte der Alterslupus dem Jugendlicher ähneln, indem er meist nicht als primäre Infektion erscheint, sondern sich bei solchen Menschen findet, die schon einmal eine tuberkulöse Erkrankung durchgemacht haben. Prognose ist wahrscheinlich infolge der Benignität besser als bei dem Lupus Jugendlicher. Als Therapie benutzt Verf. Pyrogallol-Salbe oder Gelanth 10%, und zwar mit Röntgenbestrahlung kombiniert, und später Finsenbehandlung. Dauernde Nachkontrolle der geheilten Fälle auch beim Alterslupus notwendig. E. Langer-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen über die diagnostische Verwendbarkeit und die Spezifität der Hautimpfungen mit Trichophytinen, von H. J. Markert-Würzburg. (M. m. W., 1921, Nr. 40, S. 1288.) In Bestätigung älterer Beobachtungen zeigte sich, daß Kranke mit bestehender oder früher bestandener tiefer Trichophytie oder von oberflächlicher Trichophytie mit stärker entzündlichen Herden fast ausnahmslos auf intrakutane Impfungen mit Trichosykon Kalle oder Trichophytin Höchst mit deutlicher Lokalreaktion antworten. Verdünnungen von 1:5 erwiesen sich als bestgeeignet. Der Höhepunkt der Reaktion ist wie bei Alttuberkulinreaktionen nach 36—48 St. erreicht. Örtliche Reaktionen an den Impfstellen nach subkutaner Zuführung von Trichosykon oder Trichophytin beweisen ihre Spezifität. Bei Lupuskranken erzeugt Trichophytinimpfung nur etwa 24stündige flüchtige Pseudoreaktionen. Sie sind aber z. T. Karbolsäurewirkung. Da sie nach subkutanen Injektionen von Trichophytin oder Trichosykon oder Alttuberkulin nicht wieder aufflammen, sind sie weder spezifisch, noch haben sie mit Tuberkulose etwas zu tun. Da Trichosykon solche unspezifische Reaktionen nicht auslöst, wie es Trichophytin tut, also keine primär hautreizenden Stoffe enthält, ist es für diagnostische Prüfungen letzterem vorzuziehen. A. v. Notthafft-München.

Vergleichende Untersuchungen über die Zuverlässigkeit des Kochschen Alttuberkulins und des diagnostischen Tuberkulins nach Moro, von Leo Meyer-Würzburg. (M. m. W., 1921, Nr. 40, S. 1286.) An 245 Kindern ergab Pirquet positive Resultate mit Alttuberkulin Merck in 30%, Alttuberkulin Höchst in 75%, Tuberkulin Moro in 80%. Wo beide Mittel Ausschlag zeigten, ergab die Anwendung von Moro immer die stärkeren. Der Unterschied war in den klinisch unsicheren Fällen größer als in den klinisch sicheren. A. v. Notthafft-München.

Über das Kutituberkulin und seine intrakutane Auswertung, von K. Joseph-Höchst. (D. m. W., 1921, Nr. 32, S. 920.) Das Kutituberkulin hat einen fünfmal höheren Gehalt von Hautreaginen gegenüber dem Standardtuberkulin. F. Harry-Berlin.

Über die „Spezifizität" der Tuberkulinreaktion, von E. Sons und F. v. Mikulicz-Radecki-Kiel. (D. m. W., 1921, Nr. 26, S. 735—737.) Die Reaktion des tuberkulösen Organismus ist nicht abhängig vom Stickstoffgehalt des Reizkörpers. Auch der Gehalt der Tuberkuline an Proteinkörpern ist nicht für den Ausfall der Reaktion entscheidend. Der tuberkulöse Organismus ist gegen biologischen Reiz empfindlicher als der gesunde. Am elektivsten wirkt Warmblütertuberkulin, so daß man wohl spezifisch-immunisatorische Vorgänge annehmen kann. F. Harry-Berlin.

Erfahrungen mit dem diagnostischen Tuberkulin nach Moro, von Fr. Prausnitz-Köln. (M. m. W., 1921, Nr. 32, S. 1015.) Alttuberkulin und Moro-Tuberkulin sind ziemlich gleichwertig. Letzteres hat den Vorteil, daß mit demselben auch ausschließlich bovotuberkulöse Fälle aufgedeckt werden. A. v. Notthafft-München.

Über das diagnostische Tuberkulin nach Moro, von Kretschmer-Berlin. (M. m. W., 1921, Nr. 27, S. 852.) Vergleichende Untersuchungen haben keine Überlegenheit des Moroschen Tuberkulins gegenüber Alttuberkulin ergeben. A. v. Notthafft-München.

Eine vereinfachte kutane Tuberkulinprobe, von E. Feer-Zürich. (M. m. W., 1921, Nr. 33, S. 1050.) Man reibt mit in Ätheralkohol desinfiziertem Rostpapier die

Digitized by Google

Haut ab, ohne sichtbare Exkoriationen zu erzeugen und legt dann für 2 Stunden Tuberkulin auf. Nach 12—24 Stunden ist bei positivem Ausfall die Reibfläche rot und beetartig. Bei negativem ist nach 8 Tagen das Verfahren zu wiederholen, wobei das Tuberkulin dann 8—10 Stunden liegen bleibt. A. v. Notthafft-München.

Die Intrakutanreaktion, von Felix Mendel-Essen. (M. m. W., 1921, Nr. 27, S. 852.) Mendel beansprucht für sich die Priorität der nachher erst von Mantoux gemachten Entdeckung und schlägt vor, statt von Mantouxscher von Mendelscher Intrakutanreaktion zu sprechen. A. v. Notthafft-München.

Die Tuberkulosebehandlung mit sogenannten Schildkrötentuberkelbazillen, von Kruse-Leipzig. (M. m. W., 1921, Nr. 39, S. 1256.) Kruse, der die Kontrolle des Friedmannschen Mittels übernommen hat, erklärt dasselbe für relativ unschädlich. Der Haberlandsche Fall von Kniegelenktuberkulose sei unmöglich als Schädigung durch das Mittel aufzufassen. — In seiner Erwiderung verspricht Haberland, in einer demnächst in Bruhns Beiträgen erscheinenden Arbeit die von Kruse angeschnittenen Fragen zu erörtern. A. v. Notthafft-München.

Heilung einer mit dem Friedmannschen Mittel erfolglos behandelten Tuberculosis cutis verrucosa durch Diathermie, von G. Poelchau-Charlottenburg. (D. m. W., 1921, Nr. 19, S. 534—535.) Nachdem bei einem mit diesem Mittel ein Jahr lang behandelten Leichentuberkel an der Hand eine sichtbare Verschlechterung eingetreten war, trat nach Röntgenbestrahlung und nachfolgender Anwendung von Diathermie schnelle und glatte Heilung ein. A. de Lemos-Hamburg.

Spätergebnisse der Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit dem Friedmannschen Mittel. (Ein Beitrag zur Beurteilung seines Heilwertes.) Von J. R. Gossmann-München. (M. m. W., 1921, Nr. 28, S. 873.) Ungünstiges Urteil über Schutz- und Heilwirkung des bei chirurgischer Kindertuberkulose angewendeten Mittels. „Die Berichte über Heilerfolge halten ... einer kritischen Durchsicht vielfach nicht Stand." A. v. Notthafft-München.

Die Tuberkulosebehandlung mit sogenannten Schildkrötentuberkelbazillen, von H. F. O. Haberland-Köln. (M. m. W., 1921, Nr. 30, S. 936.) Aus bakteriologischen, experimentellen und klinischen Untersuchungen wird der Schluß gezogen, daß das Chelonin und das Friedmannsche Mittel keine Schildkrötenbazillen, sondern veränderte menschliche Tuberkelbazillen enthalten. Die Reaktionen an der Impfstelle sind bei Chelonin sehr unregelmäßig, ein Zusammenhang zwischen den Erscheinungen an der Impfstelle und denjenigen am Krankheitsherde ließ sich so wenig feststellen wie eine sicher heilende Wirkung. Das Friedmannsche Mittel kann schwere Abszesse, Phlegmonen, lokale und vielleicht auch metastatische Tuberkulose erzeugen. Eine Heilung konnte nie erreicht werden. Wo Heilungen nach Friedmann beobachtet worden sind, dürften sie nicht spezifisch bedingt, sondern Reizfolge gewesen sein. Für die Prophylaxe ist das Mittel als gefährlich auszuschließen. A. v. Notthafft-München.

Über die antigene Wirkung der Friedmann-Bazillen, von Fritz Loebenstein. (B. kl. W., 1921, Nr. 23, S. 605.) Eine allergische Umstellung des menschlichen Organismus durch den von Friedmann gezüchteten Schildkröten-Tuberkelbazillus ist nicht festzustellen. Die antigene Wirkung der Bazillen wird bestritten. Eine „völlige Unschädlichkeit" des Mittels besteht nicht. G. Heymann-Elbing.

Zur Behandlung des Lupus vulgaris mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel, von Hans Martenstein. (B. kl. W., 1921, Nr. 23, S. 604.) Verf. teilt an Hand von 8 Fällen mit, daß eine Einwirkung des Friedmannschen Mittels im Sinne einer Herdreaktion niemals festgestellt werden konnte. Das Mittel bedeutet bis jetzt keine Bereicherung der Kampfmittel gegen den Lupus vulgaris. G. Heymann-Elbing.

Das Friedmannsche Heilmittel und die Leitlinien seiner Anwendung im Lichte der Ehrlichschen Seitenkettentheorie, von I. Tranjen-Sofia. (B. kl. W., 1921, Nr. 23, S. 601.) Die Grundidee der Friedmannschen Tuberkulosetherapie sowie die bei ihrer Anwendung beobachteten Erscheinungen sind mit Hilfe der Ehrlichschen Seitenkettentheorie gut zu erklären. Der Verf. hat an 300 behandelten Fällen gute Resultate erzielt. Jeder praktische Arzt kann bei seiner vollkommenen Unschädlichkeit mit dem Friedmannschen Mittel umgehen. Infolgedessen wird seine Anwendung vom Verf. in Bulgarien eingeführt. G. Heymann-Elbing.

Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Tuberkelbazillen (Typus humanus, Chelonin, Friedmann-Stamm), von H. F. O. Haberland und Karl Klein-Köln. (M. m. W., 1921, Nr. 33, S. 1049.) Keine Resultate. Die therapeutischen Erfolge erklären sich durch Wirkung des Gewebes. A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Die Behandlung tuberkulöser Hautgeschwüre mit Zelluloid, von Hugo Deutsch-Brünn. (D. m. W., 1921, Nr. 24, S. 686.) Verf. berichtet über gute Heilerfolge mit Zelluloid bei tuberkulösen Hautgeschwüren. Das Zelluloid gewinnt man, indem man gebrauchte photographische Filme 1—2 Stunden in warmes Wasser legt, worauf sich die Gelatineschicht leicht entfernen läßt. Das Zelluloid wird mit Mastisol an der Umgebung des Geschwürs befestigt. F. Harry-Berlin.

Zur Bedeutung der Wildbolzschen Eigenharnreaktion für die Aktivitätsdiagnose der Tuberkulose, von Georg Farago und Paul Raudt-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 32, S 918—920.) Die Reaktion ist für die Diagnose auf Tuberkulose nicht zu verwerten. Sie läßt sich mit dem Urin Gesunder und Tuberkulöser in gleicher Weise erzielen. F. Harry-Berlin.

Die Wildbolzsche Eigenharnreaktion, von M. Weiss-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 31, S. 930.) Verf. bestreitet die Beweiskraft der Wildbolzschen Methode. Zur Prüfung hat er sich der sog. Fraktionierung, wie er dieselbe für andere Untersuchungen angewendet hat, bedient und zunächst Lösungen von Alttuberkulin und dann Urin einer tuberkulösen Patientin geprüft, ersteres mit positivem, letzteren mit negativem Resultat. Es wurde folgendermaßen verfahren: 5 ccm Alttuberkulin wurden mit Wasser auf 50 ccm verdünnt; alsdann wurden 5 g Plumbum aceticum zugesetzt und nach Lösung desselben abfiltriert. Der mit destilliertem Wasser gut gewaschene Niederschlag wurde mit 5 g Natriumphosphat in der Reibeschale zerrieben, etwas Wasser zugesetzt und filtriert. Für steriles Arbeiten wurde gesorgt. Das braune Filtrat wurde mit verdünnter Essigsäure auf neutrale Reaktion gebracht. Es stellt die Lösung der sog. Fraktion I dar. Zur Darstellung der Fraktion II wurde das schwachgelbe Filtrat der Bleiazetatfällung mit 10%iger Natronlauge ausgefällt, wodurch der Rest an Farbstoffen niedergeschlagen wird. Der weißliche Niederschlag wird in derselben Weise wie oben zerlegt, neutralisiert und filtriert. Ferner wurde das farblose Filtrat der Fraktion II mit Natriumphosphat in Substanz von noch darin enthaltenem Blei befreit, hierauf nach Neutralisation auf dem Wasserbade bei 60° eingedampft. Es stellt die Fraktion III dar. Durch Intrakutanproben wurde nachgewiesen, daß die Fraktion I den größten Teil des Antigens des Alttuberkulins enthielt, etwas weniger die Fraktion II und die Fraktion III fast gar nichts. Bei Anwendung des Verfahrens auf den Harn der Tuberkulösen ergab sich, daß derselbe kein dem Tuberkulin entsprechendes Antigen enthielt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Syphilis.

a. Allgemeines und Historisches.

Zur Frühgeschichte der Syphilis, von Henry E. Sigerist-Zürich. (M. m. W., 1921, Nr. 39, S. 1257.) Die kleine Arbeit kopiert bis auf den Titel die Sudhoffschen Gedankengänge und ist ein neuer Beweis, welches wissenschaftliche Unheil blinder Autoritätsglaube anrichten kann. In der Züricher Zentralbibliothek befindet sich ein handschriftliches Familienbuch zweier Amtmänner aus Altstätten im Rheinthal, Hans Vogler, Vater und Sohn. Der erstere hat zwischen 1479 und 1518 die Einträge verschiedenen Inhaltes verfaßt. Für das Jahr 1493 finden wir den Eintrag, daß Schweizer Söldner mit Karl VIII. nach Genua zogen, „die wurden all siech selten einer belaib gesund". Für 1495 heißt es von den Söldnern auf dem Zug nach Neapel: „es belaib selten nie kain knecht die us disen Landen waren gesond. Doch kam ir vil wider das sy nit sturben". Weil nun weder an diesen Stellen noch in einer angeflickten Notiz aus späterer Zeit, wo Vogler nach der Mitteilung eines der vielen Salbenrezepte „für die plater" zu schließen, wohl die Syphilis bereits gekannt hatte, nichts von Syphilis steht, so soll er nichts davon gehört haben, daß die Syphilis unter Karls VIII. Söldnerscharen gehaust hat. — Außerdem fand Hänl, der wissenschaftliche Gewährsmann unseres Autors, eine Urkunde aus dem St. Gallener Staatsarchiv, welche im Jahre 1489 „von Rorschacher Soldknechten als von Kriegsbüsten und Frankricher" spricht. Was „Frankricher" heißt, weiß Sigerist und, wie es scheint, auch Hänl nicht. Da aber Sudhoff in einer angeblich bereits aus der Mitte des 15. Jahrh. stammenden Rezeptsammlung auf den Namen mal Franzoso gestoßen ist und diese Krankheitsbezeichnung willkürlich mit dem sonst nur nach 1495 vorkommenden Morbus Gallicus identifiziert, so müssen die Frankricher von 1489 auch Syphilitiker sein. Auch bezüglich des Gotteslästerediktes Kaiser Maximilians kennt Sigerist nur die bereits widerlegte Auffassung Sudhoffs.

A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Untersuchungen über die Genitalspirochätose des Kaninchens, von P. Lebsey und Max H. Kuczynski. (B. kl. W., 1921, Nr. 25, S. 664—665.) In Verbindung besonders mit den Beobachtungen von Arzt ergibt sich eine außerordentlich große Verbreitung der Genitalspirochätose des Kaninchens, deren auch weiterhin zu erwartende zunehmend seuchenhafte Ausdehnung in ihren pathologisch-klinischen Eigenschaften begründet ist. Sie bedarf daher trotz ihrer zunächst anscheinenden Gutartigkeit der Beobachtung, da schon jetzt eine gewisse, wenn auch nicht sehr beträchtliche Schädigung der Zuchten nachweisbar ist. Die venerische Übertragbarkeit der Genitalspirochätose, die Bedingungen der Spirochätenmetastase, die Beeinflussung der Gravidität und schließlich des Nachwuchses selbst durch sie werden eingehender besprochen. Sie ist in klinischem Verlauf und Erreger zunächst in keiner Weise von der vom Menschen auf das Kaninchen übertragenen Syphilis zu differenzieren. Auch diese kann ohne Virulenzsteigerung durch Tierpassage lediglich durch geeignete Wahl der Inokulationsstelle zu einer venerischen Krankheit des Kaninchens werden. G. Heymann-Elbing.

Ein Beitrag zur Kenntnis der „originären Kaninchensyphilis", von P. Lebsey, H. Dosquet und M. Kuczynski. (B. kl. W., 1921, Nr. 21, S. 546.) Bei einem Kaninchenbock zeigten sich im Bereich des Präputiums papulöse Wucherungen, die dicht mit Borke belegt waren und sich auf den ganzen Umkreis des Afters fortsetzten. Das Weibchen wies dieselben Erscheinungen auf, z. T. erodierte Papeln am Eingang der Vagina mit zahlreichen Spirochäten. Durch Koitus war leicht eine Weiterverbreitung der Affektion zu erzielen. G. Heymann-Elbing.

Wie löst man die schwebenden Syphilisprobleme? von S. Jessner-Königsberg. (M. Kl., 1921, Nr. 34, S. 1040.) Nach Ansicht des Verf. durch eine Organisation, welche maßgebende Interne und Neurologen, Pathologisch-Anatomen, Dermatologen und Vertreter der anderen Fächer (Augen- und Ohrenärzte, Chirurgen, Pädiater, Hygieniker usw.) vereinigt, um gemeinsam von bestimmten Gesichtspunkten aus in theoretischer und praktischer Richtung eine Klärung herbeizuführen und eine Harmonie zwischen Theorie und Praxis zu schaffen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

b. Pathologie und Klinik.

Ein kurzer Beitrag zur Kenntnis der familiären Syphilis, von Gustav Stümpke-Hannover. (M. m. W., 1921, Nr. 32, S. 1016.) 1. Fall: Sekundäre Syphilis bei Vater, Mutter und zwei Kindern. 2. Fall: Vater WR +, Mutter und drei Töchter sekundär syphilitisch. 3. Fall: Zwei Schwestern mit sekundärer Syphilis, eine mit WR +, und eine bei ihnen beschäftigte Person mit sekundärer Syphilis. In keinem Falle war ein genitaler oder extragenitaler Primäraffekt nachzuweisen.
A. v. Notthafft-München.

Die Perisplenitis als praktisch brauchbares Symptom der kongenitalen Lues, von L. P. Meyer-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 39, S. 1157.) Spezifische Veränderungen des Bauchfells in Gestalt der Perisplenitis und Perihepatitis sind als Frühzeichen der Säuglingssyphilis gut zu verwenden. Sie machen sich durch Schneeballknirschen bei der Palpation bemerkbar. G. Heymann-Elbing.

Herz- und Gefäßstörungen bei Lues congenita und luetischer Keimschädigung, von L. Hahn-Teplitz-Schönau. (Zbl. f. d. ges. M., 1921, Nr. 30, S. 601.) Als Vorläufer einer Folge von größeren Arbeiten gibt Verf. eine vorläufige Mitteilung über die „Vasoneurose" auf syphilitischer Grundlage. An einem Material von 150 Fällen kongenitaler Lues und luetischer Keimschädigung werden charakteristische Gefäßprozesse beschrieben und der Nachweis erbracht, daß die überwiegende Zahl der Fälle von Gefäßneurosen auf Lues congenita und luetische Keimschädigung zurückzuführen ist.
F. Hirsch-Ulm.

Weiterer Beitrag zur Frage des Hutchinsonschen Zahnes, von Heinrich und Else Davidsohn-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 36, S. 1064.) Der Hutchinsonsche Zahn ist durch die kolbige, pflockförmige Gestalt der Zahnkrone, sowie durch eine halbmondförmige Ausbuchtung an der Schneide charakterisiert. Er ist für kongenitale Lues pathognomonisch, läßt sich therapeutisch nicht beeinflussen. F. Harry-Berlin.

14monatiges Kind mit luetischem Primäraffekt an der Oberlippe, von Jellinek. (Ges. f. inn. Med. u. Kind. in Wien. — W. m. W., 1921, Nr. 1, S. 42.) Vater zwei Jahre vor der Geburt des Kindes frische Syphilis. Kombinierte Kur. Mutter und Kind bis einen Monat nach der Geburt gesund. Rezidivexanthem des Vaters, Infektion der Mutter, Infektion des Kindes (trotz Muttermilch) erst im elften Monat durch Kuß von Plaques der Mutter aus. E. Riebes-Königsberg.

Digitized by Google

Extragenitale Sklerose, von E. Spitzer. (Ges. d. Ärzte in Wien. — W. m. W., 1921, Nr. 20, S. 891.) Infektion durch einmaligen Gebrauch der Zahnbürste des seit zwei Jahren luetischen Bruders. E. Riebes-Königsberg.

Mehrfache syphilitische Schanker durch Autoinokulation (Chancres syphilitiques multiples par auto-inoculation), von Nicolas, Gaté und Pillon. (Sitzung der Société médicale des Hôpitaux de Lyon vom 1. III. 1921. — Lyon méd., 1921, Nr. 11.) Der Kranke hat Sklerosen am Glied und an den Nagelgliedern des linken Zeigefingers und des rechten Zeige- und Mittelfingers. Die Erscheinungen an den Fingern sind 14 Tage nach denen am Glied aufgetreten, sie sind klinisch und durch die begleitenden Drüsenschwellungen als Primäraffekte sichergestellt. Der Zwischenraum zwischen dem Auftreten an den verschiedenen Stellen spricht dafür, daß die Infektion nicht an allen Stellen gleichzeitig (durch einen außerehelichen Verkehr) stattgefunden hat, sondern daß es erst nachträglich zu einer Übertragung vom Gliede auf die Finger gekommen ist. E. Levin-Berlin.

Über einen seltenen Fall multipler Primäraffekte der Hand (Di un raro caso di sifilomi multipli della mano), von Gaviatti-Sassari. (Riforma med., 1921, 37. Jg., Nr. 9.) Die Schanker waren dadurch entstanden, daß der spätere Syphilitiker in einem Geraufe mit verletzter Hand einen Kranken auf den ausschlagbedeckten Mund geschlagen hatte. A. v. Notthafft-München.

Koinzidenz eines Primäraffektes und eines periurethralen Abszesses, von L. Zippert und F. Stern-Berlin. (D. m. W., 1921. Nr. 36, S. 1067.) Verff. berichten über einen Fall, bei dem ein periurethraler Abszeß an der Stelle zum Durchbruch kam, an der sich kurze Zeit darauf ein Ulcus durum entwickelte. Es ist wohl anzunehmen, daß eine primäre Veränderung (Anhäufung von Fibroblasten) den reaktiven Erscheinungen des Ulcus durum vorausgeht, und der Durchbruch des Abszesses an der durch die Spirochäte geschädigten Stelle als einem Ort des geringsten Widerstandes erfolgt ist. F. Harry-Berlin.

Über einen bemerkenswerten Fall von Abortivheilung multipler Primäraffekte mit Reinfektion, von L. Isacson. (M. Kl., 1921, Nr. 18, S. 533.) Ein 28jähr. Techniker stellte sich am 20. XI. 1920 mit drei linsen- bis bohnengroßen Ulzerationen auf dem Dorsum penis im Sulcus coronarius und einem überbohnengroßen Ulkus am Frenulum vor. Infektion hatte angeblich vor 24 Tagen stattgefunden. In allen vier Ulcera typische Spirochäten. WR negativ. Behandlung: am 20. XI. Silbersalvarsan 0,1, am 23. XI: wieder (0,15), desgleichen am 6. XII. (0,15) und am 10. XII. ebenfalls (0,2). Die Läsionen waren nunmehr geheilt. Trotz dringender Ermahnung zur Weiterbehandlung stellte sich Pat. erst am 16. I. 1921 wieder vor mit der Angabe, sich am 24. XII. einer neuen Infektionsgefahr ausgesetzt zu haben, und mit einer 3 cm vom Sulkus entfernt liegenden Ulzeration von Bohnengröße. Im Sekret zahlreiche Spirochäten. WR negativ. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Abgrenzung der 1. von der 2. Krankheitsperiode bei der Syphilis auf Grund experimenteller Trypanosomenstudien, von A. Stühmer, Univ.-Hautkl. Freiburg. **1. Mitteilung: Die Abgrenzung in biologischem Sinne.** (D. m. W., 1921, Nr. 5, S. 122—124.) An Versuchen mit Naganainfektion (Trypanosomiasis) bei Kaninchen, einer Erkrankung, die einen der Syphilis sehr ähnlichen, aber abgekürzten Verlauf hat, wurde zunächst das Verhalten der Erreger während der primären und der sekundären Erscheinungen studiert. Der zur Infektion benutzte, in die Haut eingebrachte Erregerstamm, vom Verf. als Erreger der primären Krankheitsperiode bezeichnet, führt nach örtlicher Vermehrung zur Blutinfektion, gleichzeitig zur Entwicklung des örtlichen Primäraffektes und zu bald folgender Drüsenschwellung. Dieser Vorgang dauert etwa bis zum siebenten Tage. Während dieser Zeit ist der unveränderte Erreger im Blut und in den Lokalerkrankungen nachweisbar. Nun sind 2—4 Tage lang keine Erreger im Blut zu finden, als Grund hierfür hat Verf. das Auftreten eines gegen den Ausgangsstamm gebildeten Antikörpers im Serum angenommen. Vom 9.—11. Tage an tritt ein neuer und zwar serumfester Erregerstamm im Blut auf, der sich schrankenlos vermehren kann (Generalisierung) und bald danach die Gewebe angreift. Diese Gewebsreaktion zeigt sich dann an der Haut der Kaninchen in Schwellungen usw. (Exanthem). Die klinisch nachweisbare Sekundärperiode ist erreicht. — Gegen Reinokulationen zeigt sich die Haut des Tieres in abnehmendem Maße empfänglich; schon vor Ausbruch des Exanthems ist die Impfung erfolglos (Anergie). Die Grenze zwischen der 1. und der 2. Krankheitsperiode der Trypanosomiasis des Kaninchens liegt also an der Stelle, wo nach dem parasitenfreien Intervall der serumfeste Erregerstamm im Blut erscheint; also

Digitized by Google

schon vor Ausbruch des Exanthems. Wollte man diese Forschungsergebnisse auf die menschliche Syphilis übertragen, so müßten wir unsere bisherigen Anschauungen nur insofern abändern, als wir nicht mehr, wie Neisser, eine kontinuierliche Entwicklung der Erreger im Körper annehmen dürften; sondern der zunächst ins Blut dringende Spirochätenstamm verschwindet durch allmähliche Antikörperbildung und erst der serumfeste Rezidivstamm führt zur Generalisierung. Gegen diese Theorie spricht nur, daß die Existenz dieses Antikörpers bei der Lues noch nicht bewiesen ist. Nun hat neuerdings Ritz festgestellt, daß jeder Erregerstamm ein Gemisch, ist und daß solch ein Erregergemisch nur durch ein genau dazu passendes Antikörpergemisch zu paralysieren ist. Bleibt nur ein Stamm aus dem Gemisch (bis zu 17 wurden nachgewiesen) frei, weil der passende Antikörper fehlt, so geht die Infektion an, als wäre überhaupt kein Antikörper vorhanden. Unter diesen Umständen ist es nicht erstaunlich, daß der Antikörper bzw. das Antikörpergemisch für Syphilis noch nicht bekannt ist. Das Vorhandensein dieses Antikörpers angenommen, wäre somit der Übergang der 1. in die 2. Krankheitsperiode mit dem Auftreten des Rezidivstammes im Blut im biologischen Sinne festgelegt. A. de Lemos-Hamburg.

2. Mitteilung: Die Abgrenzung in therapeutischem Sinne. (D. m. W., 1921, Nr. 6, S. 152 und 153.) Die experimentelle Trypanosomiasis der Kaninchen in allen Stadien wurde mit steigenden Mengen Altsalvarsan behandelt, 0,005 pro kg Körpergewicht. Dabei zeigte sich, daß in der primären Krankheitsperiode, auch wenn schon regionäre Drüsenschwellungen und Blutinfektion bestehen, die Sterilisation relativ leicht gelingt. Auch noch nach Überschreiten der biologischen Grenze zwischen 1. und 2. Krankheitsstadium, d. h. nach Auftreten des serumfesten Rezidivstammes im Blut, bedarf es nur unwesentlicher Steigerung der Salvarsanmenge, um zu heilen. Erst das Eindringen der Krankheitserreger in die Körpergewebe (Exanthem usw.) läßt die zur Sterilisierung notwendige Dosis auf das Sechsfache hinaufschnellen. Diese Tatsachen auf die menschliche Syphilis angewandt, besagt, daß wohl bei der primären Lues die erforderliche Salvarsanmenge gegeben und die Therapia magna sterilisans erreicht werden kann, daß aber bei Auftreten von Sekundärerscheinungen hiermit praktisch nicht gerechnet werden kann. Außerdem zeigen diese Tierexperimente, daß die biologische Grenze zwischen 1. und 2. Krankheitsperiode nicht zusammenfällt mit der praktisch wichtigen Abgrenzung im therapeutischen Sinne. A. de Lemos-Hamburg.

3. (Schluß-) Mitteilung: Beziehungen zur Wassermannschen Reaktion. (D. m. W., 1921, Nr. 7, S. 177—178.) Eine der Wassermannschen Reaktion analoge Reaktion existiert für die Kaninchen-Trypanosomiasis noch nicht. Sollte es sich durch weitere Versuche zeigen, daß die Verhältnisse sich biologisch bei der Lues wie bei der Trypanosomiasis abspielen, so wäre der Umschlag der WR im strengen Sinne nicht als Grenze zwischen 1. und 2. Periode anzusehen. Diese Grenze wäre früher zu legen. Praktisch ist das Umschlagen der WR in positiv aber die Grenze, denn in diesem Zeitpunkt beginnen die Schwierigkeiten der Radikalheilung. Die Bezeichnung „seropositive Primärlues" sollte beseitigt werden. A. de Lemos-Hamburg.

Beobachtungen an Hautkapillaren bei syphilitischen Exanthemen, von Walther Krautz-Saarbrücken. (D. m. W., 1921, Nr. 24, S. 679—680.) Verf. berichtet über starke Gefäßneubildung bei papulösen und pustulösen Exanthemen, die noch sichtbar bleibt, wenn das Exanthem unter der Einwirkung der Behandlung makroskopisch kaum mehr wahrnehmbar ist. Die neugebildeten Kapillarästchen halten sämtlich die Richtung nach der Mitte der Effloreszenz ein. Verf. hält diese Bildungen für Heilungsvorgänge. F. Harry-Berlin.

Zur Histopathologie der rezent syphilitischen Lymphdrüsenerkrankung, von E. Zurhelle-Bonn. (D. m. W., 1921, Nr. 38, S. 1122—1124.) Außer der Drüsenhyperplasie ist das Auftreten der lymphoblastischen Plasmazellen in den Keimzentren und in der Umgebung der Keimzentren für die Syphilis charakteristisch. Hand in Hand mit der Drüsenhyperplasie geht ein weitgehender Zellzerfall. Den Veränderungen am lymphatischen Gewebe folgen ödematös entzündliche Prozesse an der Kapsel und an den Trabekeln. In den Sinusräumen entstehen zu Anfang katarrhalische desquamative Prozesse, dann eine zelluläre Entzündung. Die Lymphgefäße sind frühzeitig zellig infarciert. Die Blutgefäße zeigen keine Veränderungen, nur die kleinen und mittleren Venenwände sind alteriert. Verf. glaubt, daß der Gewebszerfall in den Drüsen eine bedeutsame Rolle bei der Entstehung der WR spielt. Die Keimzentren und das lymphatische Gewebe besitzen eine gewisse Abwehrkraft gegen Spirochäten, dagegen sind die Trabekel und das perikapsuläre Bindegewebe eine „Brutstätte" der Erreger. In den Endothelien der

Digitized by Google

Lymphgefäße, in den Sinusräumen und kleinen Venen findet eine ausgedehnte Phagozytose statt. Auch rein mechanisch wehrt sich die Drüse gegen die eindringenden Spirochäten durch Kompression der Sinusräume bei zunehmender Hyperplasie durch die chronisch produktive Endophlebitis mit Einengung des Venenlumens. Das Schicksal des Syphilitikers hängt davon ab, ob Spirochäten im lymphatischen Gewebe oder im trabekulären Gewebe übrigbleiben. In letzterem werden sie im Stadium der Reparation durch Abnahme der serösen Durchtränkung mechanisch zurückgehalten. Treten weitere Entzündungsprozesse auf, so werden von neuem Spirochäten dem Lymphstrom zugeführt. F. Harry-Berlin.

Zeitgemäßes über Chorioiditis, von Karl v. Fukala. (W. m. W., 1921, Nr. 20, S. 884.) Die jetzt gehäuft auftretende Chorioiditis zeigt sich in bezug auf Lues nach Wassermann und in der Anamnese meistens negativ. E. Riebes-Königsberg.

Über radiologische Diagnosenstellung bei Knochenkrankheiten, von R. Kienböck. (W. m. W., 1921, Nr. 11, S. 492—496.) Die Röntgendifferentialdiagnose zwischen Knochensyphilis und Knochentuberkulose ist wichtig; ebenso die zwischen blennorrhoischer Arthritis und tuberkulösen oder sarkomatösen Erkrankungen.
E. Riebes-Königsberg.

Gastrische Störungen bei Syphilis (Manifestations gastriques de la Syphilis), von R. Barthélemy. (Gaz. des hôp., 1921, Nr. 67.) Die eingehende Darlegung der verschiedenen Erscheinungsformen und der Differentialdiagnose erscheint besonders wichtig mit Rücksicht auf die häufige Verkennung dieser Lokalisation, an die viel mehr gedacht werden muß. E. Levin-Berlin.

Ein Fall von Magendünndarmsyphilis, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis syphilitischer Magen-Darmerkrankungen, mit besonderer Berücksichtigung gummöser Veränderungen am Magen, von R. Sparmann-Wien. (D. Zschr. f. Chir., 1921, Bd. 164, H. 1—3, S. 136.) Ausführliche Beschreibung eines einschlägigen Falles, der unter der Diagnose Magentumor zur Operation (Magenresektion) und im Anschluß daran zum Exitus kam. Bei der Obduktion fanden sich noch im Dünndarm zahlreiche luische Geschwüre. An Hand der zugehörigen Literatur wird auf die Seltenheit dieser Erkrankung und auf die Schwierigkeit der Diagnose, die nur mikroskopisch unter Berücksichtigung des klinischen Bildes zu stellen ist, hingewiesen. Als Therapie wird Kombination von antiluischer Kur mit Operation vorgeschlagen.
M. Rehbein-Hamburg.

Über luetische Rezidivexantheme unter Salvarsan- resp. Salvarsan-Quecksilberbehandlung und die Beeinflussung der herrschenden Ansichten über die WR und Allergie bei Syphilis durch eine Theorie der Entstehung dieser Rezidivexantheme, von H. Menze-Frankfurt a. O. (M. m. W., 1921, Nr. 40, S. 1290—1292.) Aus einigen kritisch besprochenen Krankengeschichten zieht Menze folgende Schlüsse: 1. Es gibt Fälle von Lues II u. III, die nach Abheilung der Erscheinungen trotz zunächst negativer WR im Liquor und Serum luische Hauterscheinungen bekommen. Diese sind durch Annahme von Toxinreizung latenter Spirochätenherde zu erklären. 2. Fälle von Lues II u. III, bei welchen die Erscheinungen nicht oder nur unvollkommen abheilen, die Spirochäten in den Krankheitsherden nicht schwinden und die WR positiv bleibt, erklären sich durch besondere Widerstandsfähigkeit der Spirochäten oder durch die Annahme der Bildung von Rezidivstämmen oder arsenfester, filtrierbarer Entwicklungsstufen der Pallidae. 3. Wenn es, wie die Resultate der Organluetinbehandlung von Müller und Planner zulassen, möglich wäre, latente Spirochätenherde durch energische Luetingaben zu aktivieren, so wäre hierdurch eine Kontrolle des durch die antisyphilitische Kur Erreichten, eine Kontrolle über die therapeutische Wertigkeit verschiedener Kuren und überhaupt statt therapeutischen Tastens exakte Behandlung möglich. 4. Anbehandlung (nicht sterilisierende Behandlung) der Syphilis birgt stets die Gefahr einer zu starken Allergisierung der Körperzellen gegenüber dem Syphiliserreger in sich; daneben besteht bei kleinen Anfangsdosen die Gefahr einer allmählichen unvollständigen Sterilisation. 5. Die WR im Primärstadium ist Folge der Zellvorgänge des Primäraffektes. 6. Wie das Gumma Ausdruck höchster Allergie mesodermaler Zellen, so ist die Paralyse Ausdruck höchster Allergie ektodermaler Zellen, und zwar gegen ektodermotrope, filtrierbare, arsenfeste Entwicklungsstufen der Pallidae.
A. v. Notthafft-München.

Syphilis der Lungen, Tuberkulose vortäuschend (Syphilis of the Lungs Simulating Tuberculosis), von Henry M. Minton-Philadelphia. (NewYork m. J., 1921, Bd. 113, Nr. 15.) Syphilitische Affektionen der Lungenspitzen scheinen nicht so sehr selten zu

Digitized by Google

sein. Bei Fehlen positiven Sputumbefundes sollte stets an Syphilis gedacht werden, auch wenn sonst keine Anhaltspunkte dafür vorhanden sind. E. Levin-Berlin.

Asthenische Zustände als Folge von multiplen Drüsenaffektionen auf syphilitischer Basis (Les asthénics par troubles polyglandulaires d'origine syphilitique), von Pr. Merklen, A. Devaux und A. Desmoulière. (Presse méd., 1921, Nr. 14.) Es gibt sehr viele Fälle von allgemeiner Asthenie mit Symptomen von gestörter Drüsenfunktion verschiedener Art, bei denen als Grundleiden Syphilis, sei es in kongenitaler, sei es in akquirierter Form, das ursächliche Moment abgibt. Sie werden gar zu oft ihrem wahren Wesen nach nicht erkannt. Man sollte niemals unterlassen, bei solchen andauernden Schwächezuständen eine WR oder die von Desmoulière angegebene Probe, die noch exaktere Resultate liefern soll, auszuführen, denn mit einer sachgemäßen antisyphilitischen Behandlung kommt man viel prompter zum Ziel als mit Roborantien und sonstiger symptomatischer Behandlung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Syphilis als konstanter ätiologischer Faktor der akuten Leberatrophie, von Edmund Mayer. (B. kl. W., 1921, Nr. 31, S. 882.) Die akute Leberatrophie hat in den letzten Jahren bedeutend an Zahl zugenommen. Das weibliche Geschlecht ist bei Erkrankungen in der Überzahl. Die Syphilis ist der vorbereitende, hinzutretende Gallengangsinfektionen der auslösende Faktor. G. Heymann-Elbing.

Über den Verlauf der Syphilis nach toxischen Exanthemen, von S. Lewi-Frankfurt a. M. (B. kl. W., 1921, Nr. 38, S. 1137.) Verf. stimmt nach Beobachtung von 9 Fällen der Ansicht von Buschke und Freymann zu, daß nach toxischem Exanthem der Verlauf der Syphilis ein leichterer zu sein scheint. G. Heymann-Elbing.

Späteunuchoïdismus auf syphilitischer Basis, von Anneliese Wittgenstein und Karl Kroner-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 40, S. 1185.) Verff. berichten über einen Patienten mit Späteunuchoïdismus. Diese Erkrankung ist als eine Disfunktion und gestörte Relation zwischen den Keimdrüsen und der Hypophyse aufzufassen. Die psychischen Erscheinungen bieten das Bild eines retrograden Infantilismus. Die Ursache ist eine luetische Erkrankung der Hypophyse resp. des Hinterlappens mit Hypopituitärismus. G. Heymann-Elbing.

Die Selbstheilung der Syphilis, von Fritz Lesser-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 35, S. 1043.) Für den Menschen kommt das Quecksilber als spirillozides Mittel nicht in Betracht, da die Dosis spirillocida mit der Dosis toxica zusammenfällt. Das Quecksilber unterstützt nicht die natürliche Ausheilung der Syphilis, es wirkt ihr im Gegenteil entgegen. Seine Wirkung erstreckt sich nur auf die Krankheitsprodukte. G. Heymann-Elbing.

Ohrenerkrankungen im Verlauf der Syphilis auf Grund einer zehn Jahre umfassenden Statistik, von Oskar Beck-Wien und Wilhelm Kerl-Wien. (Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1920, H. 7.) Untersuchungen vor und während der antiluetischen Behandlung. Es waren dies 2390 Luetiker und fanden sich darunter 93 (3,89%), die luetische Ohrenerscheinungen hatten. Das Mittelohr war 16mal, das Innenohr bei unbehandelter oder nur mit Hg behandelter Lues 44mal (1,8%), das innere Ohr bei mit Salvarsan behandelten Patienten 33mal (1,38%) ergriffen. Eine Beziehung zwischen Otosklerose und Lues bestand nicht. Bei Individuen, die durch ihren Beruf starken Schalleindrücken ausgesetzt waren, zeigten sich öfters luetische Akustikusstörungen. Die Erscheinungen am Mittelohr traten gleichzeitig mit luetischen Erscheinungen in den obersten Luftwegen auf und bildeten sich mit den sonstigen luetischen gleichzeitig zurück; die Lues konnte nur als auslösendes Moment der Tubenveränderung aufgefaßt werden. Eine Herxheimer-Reaktion nach Salvarsan wurde am Ohr im Gebiet des Oktavus 4mal beobachtet. Sie trat nur auf nach Altsalvarsaninjektionen von 0,4 resp. 0,6 und war in spätestens fünf Tagen abgeklungen. Bei den 44 Fällen von Störungen des inneren Ohres bei nicht mit Salvarsan behandelten Fällen traten die meisten Hörstörungen auf bei Kranken, bei denen die Infektion nicht älter als 4 Monate war, besonders häufig bei Kranken mit 6—8 Wochen alter Infektion. Bei diesen letzteren bestanden gleichzeitig schwere Formen der Hautsyphilis, und waren es unbehandelte Fälle. Bei sämtlichen 2332 mit Salvarsan behandelten Fällen war das innere Ohr vor der Behandlung als gesund befunden worden. Es waren 33 Kranke, die während der Behandlung Hörstörungen aufwiesen, wovon 26 doppelseitige Kochlearisaffektionen hatten. Rezente Luesfälle, im spätsekundärer und tertiären Stadium befindliche, waren ungefähr gleich vertreten. Individuen mit Prädisposition von Hörschädigungen waren nicht vorhanden. Es ließ sich daher kein Grund für die Schädigung nachweisen. Die Hörstörungen bei den Salvarsanfällen waren meistens hochgradige. Sie waren ernsterer Natur als die bei unbehandelten oder mit

Digitized by Google

Hg behandelten Fällen. Es war auffallend, daß die Ohrkomplikationen fast ausschließlich nach großen Dosen von Salvarsan auftraten. Sie kamen fast nur in den ersten Jahren der Salvarsantherapie vor, wo Injektionen von 0,5—0.6 Altsalvarsan gegeben wurden. Zur Verhütung von Nebenerscheinungen raten die Verff. jede antiluetische Kur mit Hg zu beginnen und sie kombiniert, Hg und Salvarsan, fortzusetzen.
E. Hornemann-Lüneburg.

Frühbehandlung und Prophylaxe der Aortensyphilis, von K. Brandenburg-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 18, S. 535.) Die ersten Anfänge der syphilitischen Erkrankung der Aorta lassen sich klinisch nicht mit irgend welcher Sicherheit nachweisen, sondern nur vermuten. Verdacht wird man immer schöpfen, wenn ein sonst leistungsfähiger und geistig sowie körperlich tätiger Mann im Alter etwa jenseits des 40. Jahres über unbestimmten schmerzhaften Druck hinter dem Brustbein und leicht eintretende Herzinsuffizienz klagt. Auf die WR kann man sich nicht unbedingt verlassen; man muß damit rechnen, daß dieselbe nur bei etwa 70% dieser Fälle positiv ausfällt. Weitere Sicherheit gewinnt die Diagnose, wenn am Aortenostium sich ein leichtes systolisches und diastolisches, gießendes Geräusch wahrnehmen läßt. Dann handelt es sich aber schon nicht mehr um ein Frühstadium. Verf. tritt dafür ein, daß alle früher syphilitisch infizierten Männer jenseits der 40er (Frauen kommen kaum in Betracht), die über Herzbeschwerden zu klagen haben, auch bei negativem WR als „Prophylaktiker" antisyphilitisch zu behandeln sind. Man leite die Kur mit Hg als Schmierkur oder Spritzkur ein, gebe dann Neosalvarsan (0,15—0,3) und schließlich fortgesetzt Jodkali.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Akute Atemstörungen bei Tabes dorsalis, von H. Petre-Eppendorf. (M. m. W., 1921, Nr. 37, S. 1188.) Ein Tabiker bekam, und zwar besonders gern im Anschluß an gastrische Krisen und Morphiuminjektionen, Stillstand der Atmung mit Bewußtlosigkeit und Anamnesie. Einem solchen Anfall ist er erlegen. Atropin bewährte sich besser als das vielleicht sogar reizende Morphin; daneben künstliche Atmung. Die gastrischen Krisen sind wohl lokale Gefäßkrämpfe, die durch Reizung des Zentrums für gefäßverengernde Nerven im verlängerten Mark entstehen. Irgend ein Gift mag dies besorgen. Morphium kann da vielleicht unterstützend wirken. Therapeutisch wäre bei gastrischen Krisen, abgesehen vom Atropin, das den Gefäßkrampf lösende Amylnitrit zu versuchen.
A. v. Notthafft-München.

Spirochätenbefunde an der Sehbahn bei Paralyse, von Josef Igersheimer-Göttingen. (D. m. W., 1921, Nr. 26, S. 738.) Verf. konnte in einem Fall von vorgeschrittener Optikusatrophie bei Paralyse einen positiven Spirochätenbefund an der Sehbahn erheben. Die Spirochäten lagen jedoch nicht in der leitenden Substanz, sondern in dem dicht angelagerten Gehirn.
F. Harry-Berlin.

Herpes zoster bei progressiver Paralyse, von Kaiser-Dresden. (M. m. W., 1921, Nr. 36, S. 1153.) 2 Fälle.
A. v. Notthafft-München.

Über die Häufigkeit der progressiven Paralyse bei kultivierten und unkultivierten Völkern, von Wolf Gärtner-Kiel. (Zschr. f. Hyg., 1921, Bd. 92, Heft 3.) Auf Grund von in- und ausländischen Berichten stellt der Verf. ein seltenes Auftreten von Paralyse bei unkultivierten Völkern fest. Selbst bei Völkern, die bis 73% mit Syphilis durchseucht sind, findet sie sich selten. Zur Erklärung dieser auffallenden Erscheinung sind die verschiedensten Theorien aufgestellt worden. Keine derselben befriedigt den Verf. Er hält den Mangel von Schutzstoffen maßgebend für das Entstehen der Paralyse. Diese Schutzstoffe werden durch Anwesenheit der Spirochäten in der Haut gebildet und rufen eine allergische Umstimmung hervor. Da bei Unbehandelten (unkultivierten Völkern) sich die Syphilis vorwiegend in Hauterscheinungen abspielt und sich daher eine genügende Allergie entwickeln kann, kommt es selten zur Paralyse. Wo aber keine Hauterscheinungen vorhanden sind, resp. wo eine ungenügende Frühbehandlung dieselben unterdrückt hat, kommt es bei gewisser Disposition zu einer Allergieschwäche, die bei einer neuen Generalisierung der Syphilis ein Aufflackern eines Meningenherdes und eine Ausbildung einer Paralyse nicht verhindern kann.
E. Hornemann-Lüneburg.

Parasyphilis und Mundspirochätosen, von W. Wolffheim-Königsberg. (D. m. W., 1921, Nr. 37, S. 1096). Verf. glaubt, daß die von Lünenborg in der D. m. W., 1921, Nr. 14, angeführten Fälle zur Angina Plaut-Vincenti und nicht zu der von Stern Parasyphilis genannten Erkrankung zu rechnen sind. Es ist noch nicht erwiesen, daß von einer lokalen Spirochätose Spirochäten in die Blutbahn gelangen und dann syphilisähnliche Bilder (Parasyphilis) erzeugen können.
F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

Parasyphilis oder Plaut-Vincent, von R. Spiegelberg-Insel Poel. (D. m. W., 1921, Nr. 37, S. 1096.) Verf. berichtet über mehrere Fälle von Geschwüren der Tonsillen, die sehr an Lues erinnerten. Im Abstrich wurden Spirillen und fusiforme Bazillen nachgewiesen. Heilung durch Gurgelungen und 0,6 Neosalvarsan intravenös.
F. Harry-Berlin.

Zur Lues-Epilepsiefrage, von Otto Klieneberger-Königsberg. (D. m. W., 1921, Nr. 35, S. 1017—1018.) Verf. berichtet über 3 Fälle von Lues bei jugendlichen, nervös überreizten und durch ausschweifendes Leben in ihrer Körperkraft geschädigten Personen, die nach der ersten spezifischen Behandlung (kombinierter Salvarsan-Hg-Kur) an Epilepsie erkrankten und organische Erkrankung des Zentralnervensystems darboten.
F. Harry-Berlin.

c. Ätiologie.

Eine neue Methode zum Färben des Treponema pallidum, von F. Ruppert-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1921, Nr. 36, S. 1054.) Dünne Objektträgerausstriche, lufttrocken, werden in Rugescher Lösung A (Eisessig 1,0, Formalin 20,0, H_2O 100,0) 1 bis 2 Minuten gehärtet, abgespült, mit in Aq. dest. gesättigter Brillant-Reinblau 8 G-Extralösung überschichtet und gekocht. Nach Abkühlung und Abspülung 3 Sekunden mit 5fach verdünntem Ziehlschem Karbolfuchsin nachfärben. Die Spirochäten erscheinen violett auf leicht rötlichem Untergrund. Ebenso lassen sich Rekurrensspirochäten färben, ferner Trypanosomen, wenn sie in Sublimatalkohol feucht fixiert werden. In feucht fixierten Blutausstrichen erscheinen die Erythrozyten blau, die Parasiten violettrot.
F. Harry-Berlin.

Lymphdrüsenpunktion bei primärer Lues, von Ziegler-Breslau. (M. Kl., 1921, Nr. 11, S. 318.) Zur Diagnosenstellung im Anfangsstadium der Lues kann die von E. Hoffmann eingeführte Punktion der Lymphdrüsen oft wichtigen Aufschluß liefern. Ziegler hat sie bei 76 Fällen angewandt, teils mit, teils ohne gleichzeitige Ausführung der WR. Unter 19 seronegativen Primäraffekten fanden sich 3, bei denen nur die Lymphdrüsenpunktion die Diagnose sofort gestattete; unter 9 mit fraglicher WR waren es ihrer 4. Ferner: unter 38 seropositiven Fällen waren 12 zu verzeichnen, bei denen bei der ersten Untersuchung nur die Drüsenpunktion positiven Befund ergab. Im ganzen war die Drüsenpunktion der Untersuchung des Primäraffektes insoweit überlegen, als erstere mit etwa 84% positiven Befunden abschnitt gegen etwa 66% der letzteren.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen in den verschiedenen Stadien der Syphilis, von E. Nathan und Herold. (B. kl. W., 1921, Nr. 24, S. 642.) Die durchschnittliche Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen verhält sich bei Syphilitikern je nach dem Stadium der Syphilis verschieden. Das Phänomen der beschleunigten Senkungsgeschwindigkeit verläuft dem Grad der Allgemeindurchseuchung bzw. dem Grad der reaktiven Abwehrvorgänge proportional. Bei der antiluetischen Therapie ist ein deutlicher und sukzessiver Rückgang der hohen Senkungsgeschwindigkeit zu beobachten.
G. Heymann-Elbing.

Zur pathologischen Einheitlichkeit der Miliarsyphilome, von P. Schneider-Heidelberg. (Verhandl. d. Deutsch. Path. Ges., Jena 1921.) Die Spirochätenkolonien beginnen damit, daß die reichlichen Spirochätenschwärme sich perivaskulär zunächst ausgesprochen häufen. Diese Gespinste verdichten sich allmählich zu filzigen, zopfigen Geflechten. Diese intensiv silbergeschwärzten Massen sind so dicht, daß Einzelspirochäten nicht mehr isoliert zu erkennen sind. Sie häufen sich dann an umschriebener Stelle und verbinden sich zu einem lockeren Netzwerk. Ihre Form richtet sich nach der Anordnung der Kapillaren und Gewebsspalten. Die Spirochätendegeneration schreitet von den zentralen Balken des Spirochätennestes, deren Silberreaktion nur noch bis zu einer schwachen Bräunung mit leichter Körnelung geht, immer weiter auf die peripheren Ausläufer fort. Indem diese Spirochätennester die verschiedenen Formen der Miliarsyphilome hervorrufen, ist es verständlich, daß diese 1. charakteristisch sind für die schwersten Formen syphilitischer Infektion, 2. mit abgestufter Häufigkeit in den verschiedenen Organen getroffen werden, vor allem in den besonders für die syphilitische Infektion und Erkrankung disponierten Organen, wie Leber und Nebennieren; 3. da die Spirochätennester nur eine lokale Steigerung einer mehr oder minder diffusen sonstigen Spirochätose des Organs sind, liegen auch die Miliarsyphilome stets in einem noch sonst syphilitisch veränderten Organ oder wenigstens Organbezirk in charakteristischem Gegensatz zu den Miliartuberkeln.
O. Gans-Heidelberg.

Digitized by Google

d. Serologie.

Das Problem der Serologie der Lues in der Darstellung Wassermanns, von E. Weil-Prag. (B. kl. W., 1921, Nr. 33, S. 966.) Verf. legt an Hand historischer Betrachtungen dar, daß v. Wassermann seine theoretischen Anschauungen über die WR im Laufe der Jahre mehrfach geändert, auch Namen der Mitentdecker niemals angeführt habe. G. Heymann-Elbing.

Bemerkungen zu den Ausführungen E. Weils, von August v. Wassermann. (B. kl. W., 1921, Nr. 33, S. 970.) Verf. geht auf die Ausführungen Weils ein und sucht diese zu klären bzw. richtig zu stellen. G. Heymann-Elbing.

Lumbalpunktion und Luesdiagnose, von Fehsenfeld-Neuruppin. (M. Kl., 1921, Nr. 18, S. 528.) Verf. plädiert für eine häufigere Anwendung der Lumbalpunktion. Er berichtet über sechs Fälle von Paralyse, bei denen die Nonne-Apelt-Reaktion sich in Widerspruch zur Lymphozytose befand. Die Goldreaktion nach Lange erleidet nach F.s Erfahrungen entschieden eine Beeinträchtigung durch stärkere Blutbeimischungen, und, wie er an einer Reihe von Abstufungen kurvenmäßig darlegt, kann die typische Paralysenreaktion dadurch völlig verwischt werden. Die größere Empfindlichkeit der Goldreaktion vor der WR wird an vier Beobachtungen tabellarisch demonstriert, wie auch die Neigung der Ausflockungsmethode nach Sachs-Georgi bei behandelten Fällen länger positiv bleibt als die WR. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Kammerwasseruntersuchungen bei syphilitischen und nichtsyphilitischen Augenerkrankungen, von W. Gilbert und F. Plaut-München. (B. kl. W., 1921, Nr. 37, S. 1097.) Bei Syphilitikern mit positiver WR verhält sich das Kammerwasser im allgemeinen negativ. Bei entzündlichen Erkrankungen des Bulbus ist die WR positiv, wenn auch das Serum positiv reagiert. Die Reagine treten aus dem Blut in das Kammerwasser über. Zellarmut im Kammerwasser besteht auch bei Syphilitikern mit syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Die Globulinprobe ergibt keine Besonderheiten. G. Heymann-Elbing.

Die Wassermannsche Reaktion der Rückenmarksflüssigkeit, von V. Kafka-Hamburg. (M. Kl., 1921, Nr. 34, S. 1029.) Verf. bespricht kurz die neuerdings mitgeteilten Beobachtungen von Rizzo, F. Lesser und von Eicke und Löwenberg, denen zufolge eine Inaktivierung der Rückenmarksflüssigkeit jedenfalls für manche Fälle angezeigt ist, und ferner das Problem der Eigenhemmung, welche er bei vereinzelten Fällen beobachtet und bereits beschrieben hat (D. Zschr. f. Nervenhlk., 1921, Bd. 68 u. 69, S. 56). Ferner schildert er kurz einen ungewöhnlichen Liquorbefund bei einem Fall, der psychisch und somatisch das Bild der Paralyse darbot, aber vielleicht als Endarteriitis syphilitica zu diagnostizieren war und Abweichungen der Resultate der mit unerhitztem und der mit inaktiviertem Liquor ausgeführten Reaktionen ergab. Er betont die Notwendigkeit, sich nicht auf die Untersuchung mit aktivem Liquor zu beschränken und namentlich neben der Untersuchung des Blutes auch die des Liquors auszuführen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Reaktionen im Krankheitsherd und im Serum Tertiärluetischer nach Impfung mit Organluetin, von R. Müller und H. Planner-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 15, S. 435—438.) Verff. haben mit dem von Klausner und Fischer dargestellten Organluetin, bei dem das Antigen aus luetischem Gewebe besteht, eine größere Reihe von Beobachtungen ausgeführt um festzustellen, welche Wirkungen auf den Krankheitsherd durch Impfungen zu erzielen sind, und ob der auf die Impfung erfolgende Umschlag der WR praktische Verwertbarkeit hat. Die Impfungen wurden teils subkutan (mit 0,2—0,5—1,0), teils intrakutan (0.1—0,2) ausgeführt mit Intervallen von 1—3 Tagen. Es machte sich eine sehr intensive Reaktion auf die Behandlung bemerkbar durch heftige, aber bald vorübergehende Schmerzen, und objektiv durch auffällige Steigerung der Heilungstendenz und wiederholtes Positivwerden der vorher negativen WR und Auftreten von neuen gummösen Geschwüren. Demnach betrachten Verff. diese Vakzinationsmethode nicht etwa als eine neue Luestherapie, sondern nur als ein Mittel zur Beschleunigung der Heilung und als eine wichtige Erscheinung zur Beurteilung der Lehre von der Vakzinationswirkung. Ähnliche Herdreaktionen lassen sich auch durch andere unspezifische Vakzine oder Eiweißkörper erzielen, wenn auch nicht in so ausgesprochener Weise. Ferner werden einige Fälle beschrieben, bei denen ohne besondere sonstige Erscheinungen ein Positivwerden der vorher negativen WR eintrat. Der so entstandene positive Ausschlag erhält sich sehr lange unverändert.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Die Wassermannsche Reaktion der Paralyse, von V. Kafka-Hamburg. (M. Kl., 1921, Nr. 7, S. 183—185.) Entgegen den Beobachtungen von F. Plaut, der bei einer Serie von 159 Paralytikern die Blutreaktion ausnahmslos positiv fand, hat K. schon bei früherer Gelegenheit über eine Reihe von Fällen berichtet, bei denen die Blutprobe negativ, die Liquoruntersuchung positiv ausfiel. Er bringt jetzt in tabellarischer Zusammenstellung die Ergebnisse weiterer Untersuchungen aus dem Jahre 1920, aus denen einwandfrei hervorgeht, daß auch bei typischer Paralyse ein negativer Blutbefund bestehen kann bei positivem Liquorbefund. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die biologisch-klinische Bedeutung der Lymphozyten für die Syphilis und die Wassermannsche Reaktion, von S. Bergel-Berlin-Wilmersdorf. (M. m. W., 1921, Nr. 36, S. 1138.) Die Lymphozyten haben die Aufgabe, die Fettstoffe körperfeindlicher Substanzen zu zerstören. Daraus ergibt sich ihre Bedeutung im Kampfe gegen die Syphilisspirochäten, welche lipoidhaltig sind oder ein lipoides Toxin absondern. Die lokale Reaktion besteht bei sämtlichen Früh- wie Spätsyphiliden in einer Ansammlung von Lymphozyten, bzw. ihren Abkömmlingen, den Plasmazellen. Lymphdrüsenschwellung und zeitweilige Lymphozytenvermehrung im Blute sind bekannt. Die Übergangsformen und großen Mononukleären sind nur der Ausdruck verschiedener Funktionsphasen der Lymphozyten; denn bei den mit Vermehrung der lymphozytären Reaktionszellen einhergehenden akuten syphilitischen Prozessen sind im Blut die großen Lymphozyten, Übergangsformen und Mononukleären auch vermehrt; ebenso bei der Rückbildung von Hautsyphiliden nach Salvarsanbehandlung. Die kleinen Lymphozyten werden erst bei eingetretener Besserung häufiger getroffen. Infolge der Lymphozytenvermehrung besitzt das Blutserum von Syphilitikern ein erhöhtes Fettspaltungsvermögen. Bei der Antikörperbildung stellt sich die aus den Lymphozyten stammende und als Ambozeptor wirkende Lipase dem luischen lipoiden Antigen gegenüber spezifisch ein. Bekannt ist die nahe biologische Verwandtschaft zwischen Lezithin und dem lipoiden Syphilisantigen. „Das luische Serum enthält . . . ein gegen das lipoide Luesantigen bzw. seinen lipoiden Anteil spezifisch eingestelltes, aus den in allen entzündlichen syphilitischen Herden vorhandenen Lymphozyten bzw. Lymphdrüsen stammendes ambozeptorartiges lipatisches Proferment, das beim Zustandekommen der WR durch das Komplement aktiviert wird und an das Lueslipoid herantritt, von ihm, ähnlich wie vom Erythrozytenlipoid bei der Hämolyse, absorbiert wird." Die WR hängt nicht unmittelbar von der Anwesenheit von Spirochäten im Blute oder dem Lezithingehalt des Serums ab, sondern ist der biologische Ausdruck der lymphozytären Reaktion gegen das Lueslipoid, mag diese äußerlich wahrnehmbar oder im Innern des Körpers verborgen sein. Unter diesem Gesichtswinkel müssen die Verhältnisse der WR in der Zeit des Primäraffektes, z. B. positiv im Reizserum, negativ im Blutserum, bei Lues maligna (mangelhafte lymphatische Reaktion), im Latenzstadium und bei Rezidiven betrachtet werden. Da Lymphozyten und Lymphdrüsen die Antikörperbildner sind, so kommt es nach Ausbildung der lymphozytenreichen Initialsklerose nicht mehr zu einer Neuinfektion, es fehlen die Spirochäten scheinbar in den Gummen und den Lymphdrüsen kongenital-syphilitischer Kranker und im lymphozytenreichen Liquor der Paralytiker. Daneben geht die lymphozytäre Phagozytose einher. A. v. Notthafft-München.

Über Lipoide. Zur Frage der pseudonegativen WR, von G. Peritz-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 30, S. 859—860.) Bei keiner Lipoidämie außer bei der Lues entsteht ein Antikörper gegen Organlipoid. Es muß das Organlipoid noch ein Luestoxin enthalten, gegen das sich der Antikörper bildet. Mit der WR und den Ausflockungsreaktionen werden die überschüssigen, nicht an Lipoid gebundenen Antikörper festgestellt. Fehlen diese, so erhalten wir fälschlich eine negative Reaktion. Mit Hilfe der neuen Wassermannschen Methode können die gebundenen Antikörper vom Lipoid getrennt und nachgewiesen werden, somit scheinbar geheilte Fälle von Lues aufgedeckt werden. F. Harry-Berlin.

Über Lipoidantikörper und Wassermannsche Reaktion, von Hans Much und Hans Schmidt, Institut f. patholog. Biologie, Hamburg-Eppendorf. (D. m. W., 1921, Nr. 20, S. 552.) Die Frage nach dem Vorhandensein von Lipoidantikörpern wird durch die Arbeiten von Wassermann bejaht. Wassermann will den Träger der Luesreaktion in Form eines Lipoides aus dem Serum gewonnen haben und zugleich auch den im positiven Serum vorhandenen Lipoidantikörper, der selbst kein Lipoid ist; der Antikörper ist in Alkohol unlöslich. — Einen weiteren Beweis, daß die WR keine Reaktion auf die Spirochäte oder ihre Zerfallsprodukte ist, erbringen Verff. durch Kaninchenexperimente. Ein vorher WR-negatives Kaninchen gibt nach intravenöser Einspritzung eines reinen

Digitized by Google

Lipoids (Tuberkelbazillenlipoidpartigen) oder einer reinen Aminosäure (Leuzinlösung) eine plötzlich positive, allmählich wieder negativ werdende WR. Daß es sich hierbei um eine Körperzellreaktion handelt, geht daraus hervor, daß eine derartige Umstimmung des Serums mit Reagenzglas nicht erreicht wurde. Intravenöse Zufuhr von Hg macht die positive WR negativ. Bei gleichzeitiger Zufuhr von Hg mit einem das Serum sonst positiv machenden Stoffe bleibt das Serum negativ. A. de Lemos-Hamburg.

Spontane Veränderungen in der Stärke der Wassermannschen Reaktion (Spontaneous Variations in the Strength of the Wassermann Reaction), von Th. Hess Thaysen. (Act. Med. Scandinavica, 1921, Bd. 55, H. 3, S. 281—293.) Die Beobachtung, daß beim gleichen Patienten, auch ohne daß eine Behandlung eingetreten ist oder neue Krankheitssymptome aufgetreten sind, Schwankungen in der WR auftreten, haben Verf. veranlaßt, das Phänomen an einer größeren Zahl von Patienten zu prüfen. Es stellte sich heraus, daß solche Schwankungen in allen Stadien der Syphilis vorkommen. Auch wenn man Versuchsfehler durch zu schwache Reagentien ausschaltet, bleiben eine Anzahl Fälle übrig, in denen Schwankungen von partieller Hemmung bis zu völlig negativem Resultat eintreten, für die eine Erklärung nicht gefunden werden kann. Eine negativ ausfallende Reaktion soll daher als wirklich negativ nur verwertet werden, wenn bei wiederholter Vornahme keine Schwankungen nach der positiven Seite vorkommen. Für solche Fälle ist sie als positiv anzusehen. Liegt die Ursache nicht in einer Änderung des Krankheitszustandes durch Behandlung oder neuem Krankheitsausbruch, dann sind solche Schwankungen nur auf die übrigen Substanzen zurückzuführen, die außer dem Patientenserum und dem Antigen gebraucht werden. H. Lautsch-Leipzig.

Ein Hilfsmittel für die Methodik der Wassermannschen Reaktion, von H. Sachs-Heidelberg. (B. kl. W., 1921, Nr. 36, S. 1075.) Bei der durch das Serum bewirkten Eigenhemmung ist eine Beurteilung des Ausfalls der Reaktion nicht möglich. Zur Vermeidung der Eigenhemmung dient ein Kunstgriff: die partielle Globulinfällung. Die hemmenden Serumbestandteile werden mit den Globulinen ausgefällt. Die Restflüssigkeit reagiert ohne Eigenhemmung. G. Heymann-Elbing.

Über ein Verfahren, aus Meerschweinchenleber den spezifisch syphilitischen gleichwertige Extrakte für die Wassermannsche und die Sachs-Georgische Reaktion herzustellen, von A. Stühmer. (B. kl. W., 1921, Nr. 26, S. 706.) Verf. beschreibt die Gewinnung des Extraktes aus der blutleeren Leber des Meerschweinchens. Der Extrakt ist für beide Methoden zu verwenden. Das Antigen hat den Vorzug einer absoluten Konstanz der Wirkung. G. Heymann-Elbing.

Kurze Mitteilung zur Wassermannschen Reaktion nach der neuen Vorschrift, von Eugen Neumark und Georg Wolff. (B. kl. W., 1921, Nr. 20, S. 517.) 1. Zur Ausführung der WR sind nur staatlich geprüfte Extrakte und Ambozeptoren zu verwenden. 2. Das als Kompliment zu bezeichnende Meerschweinchenserum wird in 10- und 20facher Verdünnung angewandt. 3. Jedes Serum ist mit mindesten drei verschiedenen Extrakten zu untersuchen, darunter möglichst einem aus syphilitischer Leber. In den Versuchsröhrchen mit Kompliment 1:20 finden sich eine große Anzahl Hemmungen, die nicht als spezifisch anzusehen sind; d. h. diese Blutproben sind nicht als verdächtig zu bezeichnen. G. Heymann-Elbing.

Zur Frage der Komplementauswertung bei der Wassermannschen Reaktion, von W. Gaehtgens. (B. kl. W., 1921, Nr. 24, S. 647.) Als Kontrollflüssigkeit für die Bestimmung des für jedes Serum notwendigen minimalen Komplementbedarfs hat sich eine 0,1%ige alkoholische Cholesterinlösung in 25—30facher Verdünnung als geeignet erwiesen. Das Cholesterinbindungsverfahren kann als Ergänzung und Kontrolle der Originalmethode zur Verfeinerung der Syphilisdiagnose beitragen. G. Heymann-Elbing.

Über Verschiedenheiten im Ausfall der Wassermannschen Reaktion mit aktivem und inaktivem Liquor, von Eicke und E. Löwenberg-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 14, S. 414—415.) Verff. haben 118 wassermannpositive Liquoren vergleichend in aktivem und in inaktiviertem Zustand untersucht und gefunden, daß in etwa der Hälfte der Fälle die Resultate bei diesen zwei Untersuchungsarten nicht gleichsinnig ausfielen. Untersucht wurden Fälle von Lues II (36), Lues latens (5), Lues cerebri (33), Tabes (9) und Paralyse (35). Das Inaktivieren wurde durch halbstündiges Erwärmen auf 36° bewirkt. Dabei ergab sich, daß für die Paralyse das Inaktivieren am wenigsten von Bedeutung war, indem eine Abweichung der Ergebnisse im Sinne einer Abschwächung des positiven Ausfalls durch Inaktivierung nur bei 5 Fällen zu konstatieren war. Bei Lues II dagegen fanden sich 19 Fälle, bei denen der inaktivierte Liquor negativ reagierte,

Digitized by Google

während der aktive Liquor, in Mengen von 0,15—0.5 ccm verwendet, + bis ++++ reagierte. In ähnlicher Weise ergaben von den 33 Fällen von Lues cerebri 9 einen negativen Ausfall bei Inaktivierung, und von den 9 Tabesfällen verhielten sich 5 in ähnlicher Weise. Eine sehr greifbare praktische Bedeutung kam der Inaktivierung bei einem Fall von Rückenmarkstumor zu, indem hierbei der aktive Liquor positiv reagierte, der inaktivierte dagegen negativ, und bei der (dringend gebotenen) alsbald ausgeführten Operation ein Tumor und nicht die möglicherweise anzunehmende syphilitische Meningitis festgestellt wurde. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine vereinfachte, frühzeitig makroskopisch ablesbare Luesflockungsreaktion (Trübungsreaktion), von H. Dold-Frankfurt a. M. (M. Kl., 1921, Nr. 31, S. 940.) Der Ausflockungsreaktion nach Sachs-Georgi und nach Meinicke haften in praktischer Hinsicht zwei Mängel an: das Resultat ist erst nach Ablauf von 24 Stunden festzustellen, und die Ablesung im Agglutinoskop oder Seroskop ist etwas umständlich und zeitraubend. D. beschreibt ein modifiziertes Ausflockungsverfahren, das nach 3—4 Stunden makroskopisch erkennbare Reaktionen liefert und sich bei der Prüfung an mehr als 400 Fällen sehr gut bewährt hat. Er gründet seine Methode auf die Beobachtung, daß bei Verwendung geeigneter Extrakte luetische Sera den Extrakt (bzw. die Mischung Extrakt und Serum) bald rascher, bald langsamer, aber spätestens nach 1—2 Stunden (bei 37° C) trüben, während bei Zusatz normaler Sera der leicht opaleszierende Extrakt (bzw. die Mischung Extrakt und Serum) unverändert bleibt oder sogar etwas geklärt wird. Als Extrakt erwiesen sich am vorteilhaftesten die nach dem Vorgang von Sachs in geeigneter Weise cholesterinierten. Für die Serumuntersuchungen wird der Extrakt im Verhältnis 1 : 10 mit neutraler physiologischer Kochsalzlösung fraktioniert verdünnt, in der Weise, daß die benötigte Extraktmenge in ein Erlenmeyersches Kölbchen gebracht und dann die zehnfache Menge Kochsalzlösung langsam unter fortwährendem Schütteln des Kölbchens zugegeben wird. Von dieser Verdünnung gibt man je 2 ccm am besten auf je 0,4 ccm Serum, allenfalls auch auf 0,3 oder 0,2. Das Serum soll womöglich klar und nicht hämolitisch sein und wird durch halbstündiges Erwärmen auf 55° C inaktiviert. Kontrollröhrchen werden mit Extraktverdünnung und Kochsalzlösung beschickt. Ferner werden Kontrollen mit einem sicher positiven und mit einem sicher negativen Serum aufgestellt, sowie auch Serumkontrollen, welche mit Serum und 2 ccm $^1/_{10}$ verdünnten 96%igen Alkohols ausgeführt werden. Die im Gestell in zweckentsprechender Anordnung aufgestellten, möglichst gleichkalibrigen Röhrchen werden der Reihe nach beschickt, gut umgeschüttelt und dann mitsamt dem Gestell auf 2—3 Stunden in den Brutschrank bei 37° gestellt. Nach dem Herausnehmen läßt man sie noch 1—2 Stunden bei Zimmertemperatur stehen. Es ist dann festzustellen, ob die Versuchsprobe deutlich trüber ist als die Kontrollröhrchen, Serumkontrolle und Extraktkontrolle. Die luetischen Versuchsproben zeigen deutlich vermehrte Trübung. Bei zweifelhaften Fällen tritt zuweilen noch am folgenden Tage die Entscheidung deutlich hervor. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Am 15. Januar waren es 25 Jahre, da Prof. Leopold Freund in der k. k. Gesellschaft der Ärzte zu Wien seinen ersten erfolgreich mittels Röntgenstrahlen behandelten Fall von Naevus pilosus demonstrierte. Damit war eine ganz neue Ära für die Dermatotherapie angebrochen.

Die Berliner Urologische Gesellschaft feierte am 17. Januar ihr 10jähr. Bestehen.

Unter dem Vorsitze von Comm. Dr. Giorgio de Nicolich, Primararzt am Ospedale civile in Triest, ist eine Italienische Urologische Gesellschaft begründet worden.

Das berühmte Frauengefängnis und Prostituiertenspital St. Lazare in Paris wird gegenwärtig abgebrochen. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

28. Januar 1922 | Nr. 4 | Band 74

Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. Dr. Kreibich).

Zwei Fälle von Keratodermia symmetrica.

Von

Dr. Richard Wagner, 1. Assistent.

Bei den symmetrischen Hyperkeratosen der Hohlhände und Fußsohlen, den sogenannten Keratodermien, unterscheiden wir essentielle Formen (Mißbildungen) und symptomatische Formen. Letztere entstehen durch Traumen, Intoxikationen oder die zufällige Lokalisation bestimmter Hautkrankheiten. Darüber hinaus kommen seltene Fälle vor, die wir wegen Art und Zeitpunkt ihres Entstehens nicht zu den Mißbildungen rechnen können, deren ursächliches Grundleiden uns jedoch ebenfalls nicht bekannt ist. Wir selbst hatten Gelegenheit zwei derartige Fälle zu beobachten, und zur Frage ihrer Ätiologie Stellung zu nehmen.

Fall 1. Pat. M. Sch., 32 Jahre, überaus intelligente Fachlehrerin.

Anamnese: 16. II. 1914. Die Mutter der Pat. und eine ältere Schwester sind völlig gesund. Ihr Vater starb in der Irrenanstalt, woselbst er wegen einer Paranoia interniert war, ihr jüngerer Bruder ist derzeit wegen einer Dementia praecox in Anstaltsbehandlung. Die Pat. selbst hat bisher keinerlei Krankheiten durchgemacht. Menses seit dem 14. Lebensjahr, regelmäßig, ohne Beschwerden. Die Erkrankung ihrer Hohlhände und Fußsohlen hat im 22. Lebensjahre angefangen, zu einer Zeit, in welcher sie durch Prüfungen und familiären Kummer häufigen Aufregungen ausgesetzt war. Damals beschäftigte sie sich viel mit einer Zucht von Feuersalamandern und hantierte häufig mit Chemikalien. Eine gleiche Erkrankung ist bisher in keinem Zweige ihrer Familie beobachtet worden. Das Leiden begann unter leichten Jucken an den Spitzen des 3., 4. und 5. Fingers der rechten Hand in Form kleinster Epithelabhebungen, die wie Bläschen aussahen, jedoch keinen Inhalt besaßen. Diese Abhebungen wurden im Verlauf von wenigen Stunden als kleine Schüppchen abgestoßen, um einen mehr oder weniger großen, blaßroten Fleck freizugeben. In einigen Tagen breitete sich der Prozeß über die Endphalangen (Palmarseite) der genannten Finger aus. Die bestehende Rötung blaßte zeitweise ab, die Schilferung der Haut blieb bestehen. Kurze Zeit später stellten sich die gleichen Erscheinungen an den Fingerspitzen der linken Hand ein. $^1/_2$ Jahr nach Beginn der Affektion wurden die Daumenballen beider Hände befallen, und nun breitete sich die Krankheit langsam aber stetig über die ganze Handfläche aus. Überall, wo Federstiel, Schere oder Plätteisen anlagen, bildeten sich Schwielen. In den Gelenkbeugen traten Rhagaden auf, die nach Einfettung nur vorübergehend abheilten. Die Schweißsekretion zeigte keinerlei Störungen, der Tastsinn litt entsprechend der stärkeren Hornschicht, der Temperatursinn war normal. Nachdem das Krankheitsbild an den Händen ausgebildet war, kam es auch an den Fußsohlen, und zwar besonders an den Trittballen zu stärkerer Hornschichtbildung. In der Fußwölbung war zeitweise dasselbe Bild zu sehen, wie es sich anfangs an den Fingerspitzen abgespielt hatte. Die bisherige Behandlung mit verschiedenen Salben zeitigte nur vorübergehende Besserung.

Status praesens: 16. II. 1914. An beiden Hand- und Fingerbeugeflächen ist die Hornschicht auf etwa 2—3 mm verdickt, durch ständiges Einfetten transparent, gelblich, nicht schuppend, nicht schilfernd. Die erkrankten Partien sind streng palmar begrenzt und von einem schmalen, blaßroten Hof umsäumt. Diese rote Grenzzone blaßt

Digitized by Google

in der Kälte ab, in warmen Wasser wird sie lividrot. Unter dem Einfluß der Wärme erhalten auch die Stellen mit stärkerer Hornschicht, insofern sie durch Einfetten transparent sind, einen roten Unterton. Wird die Haut nicht mit Salben eingerieben, so erscheinen die Handlinien und Follikel in weißer Zeichnung und es tritt eine feinkleiige Schilferung auf. Die erkrankten Hautpartien haben ihre Elastizität und Schmiegsamkeit verloren, sie fühlen sich rauh und trocken an, Falten lassen sich nicht aufheben, Eindrücke bleiben länger bestehen. Jene Stellen, die bei der Beschäftigung der Pat. einem gewissen Druck ausgesetzt waren, sind am stärksten befallen. Hierbei ist das Mißverhältnis zwischen Reiz — schwere Arbeit wurde nicht verrichtet — und der Hornschichtbildung auffallend. Über den Grundgelenken der Daumen und den Gelenken der Zeigefinger bestehen Rhagaden. Die rechte, stärker befallene Haud kann nicht vollkommen zur Faust geschlossen werden, die Streckung ihrer Finger beansprucht eine stärkere Anspannung der Extensoren. Die Fingernägel sind normal, nur an ihren freien Enden zeigen sie eine feine rißförmige Längsstreifung, anschließend an diese weist das Nagelbett eine ungefähr 1—2 mm breite anämische Querzone auf. Beide Fußsohlen tragen mit Ausnahme der Fußwölbung eine mächtige, trockene, rissige Hornschicht; der hellrote Grenzsaum ist hier nur angedeutet. Die Zehennägel sind stark und hart. Über den Gelenken der Zehen finden sich dorsal umschriebene flache Schwielen. Die Hautdecke ist sonst in jeder Hinsicht normal, nur über beiden Ellenbogen und über dem rechten Knie besteht eine geringe Keratose der Follikel, die Haut dieser Partien ist trocken und ungeschmeidig. Die Schleimhaut ist frei von Erscheinungen. Kopf-, Körperhaare und Zähne sind gut entwickelt.

Interner Befund: Durchaus normal bis auf eine leichte Steigerung der Patellarsehnenreflexe und eine geringe Vergrößerung des rechten Schilddrüsenlappens, WR negativ.

Histologischer Befund: Nach langem Zureden gab die Pat. ihre Einwilligung zu einer oberflächlichen Exzision. Diese wurde am Ulnarrand des linken Handtellers vorgenommen und betraf die normale Haut, die gerötete Randzone und die verhornte Partie. Das leider sehr unzureichende Stückchen ergab folgenden Befund: Soweit Bindegewebe im Schnitt vorhanden ist, sind an ihm keine pathologischen Veränderungen festzustellen. Im Stratum germinativum zahlreiche Mitosen, das Stratum spinosum ist leicht hyperplastisch, die Verhornung geht normalerweise vor sich, die Hornschicht ist mächtig entwickelt und festhaftend. In den untersuchten Schnitten ist die papilläre Struktur der Haut nicht wesentlich alteriert. Der Übergang der erkrankten Haut zur normalen erfolgt allmählich.

Unsere therapeutischen Bemühungen, über die später berichtet wird, waren in diesem Falle völlig ergebnislos. Im September 1921 habe ich die Pat. wiedergesehen. Die Krankheit zeigt noch die gleiche Lokalisation, ist aber stärker ausgeprägt. Ein starkes Spannungsgefühl und die Neigung zu Rhagadenbildung machen die Pat. zu jeder Arbeit unfähig. Zeitweise treten zwar Besserungen auf, doch nur dann, wenn sie sich schonen und ihre Hände pflegen kann. Eine ganz auffallende Verschlechterung ihres Zustandes bemerkt die Pat. nach psychischen Erregungen. Seit 4 Jahren verheiratet, ist sie Mutter eines $2^1/_2$jähr. Knaben und eines 9 Monate alten Mädchens, beide Kinder sind gesund. Nach den Schwangerschaften hat sich eine deutliche vaskuläre Struma ausgebildet. Anläßlich ihres Besuches an der Klinik hatte ich Gelegenheit, ihr meine zweite Pat. vorzustellen. Als sie deren Hände sah, erklärte sie dezidiert, daß die Affektion derselben ganz dem Frühstadium ihres eigenen Leidens entspräche.

Fall 2. Pat. B. W., ein 18jähr. Mädchen, ist seit 4 Jahren erkrankt. Nach Angabe der Mutter der Kranken ist in der ganzen Familie kein ähnlicher Fall bekannt. Vier ältere Geschwister und eine 3jähr. Nichte sind gesund. Pat. fiel in ihrer Kindheit dadurch auf, daß sie „jähzornig und schreiwütig" war. Bis auf einen Scharlach hat sie keinerlei Krankheiten durchgemacht. Seit dem 10. Lebensjahr besteht eine leichte Heiserkeit. Zur Zeit der ersten Menses, die seither regelmäßig und ohne Beschwerden verlaufen, trat plötzlich an beiden Handflächen und Fußsohlen eine Rötung auf, die sich bis auf die Unterarme bzw. Unterschenkel erstreckte. Die befallenen Partien brannten leicht

Digitized by Google

und sahen wie verbrüht aus. Unter Salbenbehandlung verlor sich in einigen Wochen die Rötung an den Unterschenkeln und Unterarmen, an den Handflächen und Fußsohlen blieb sie bestehen. Hier kam es langsam zu einer stärkeren Verhornung, mit Spannungsgefühl und Rhagaden. Jegliche Therapie war bisher erfolglos; uns wird die Pat. zwecks Röntgenbehandlung überwiesen.

Status praesens: 28. VI. 1921. 18jähr. Mädchen von grazilem Körperbau, subkutanes Fettpolster mäßig entwickelt. Körpermaß 1,6 m. Die Hautdecke blaß, doch sonst ohne auffallenden Befund. Die sichtbaren Schleimhäute anämisch, jedoch ohne pathologische Erscheinungen. Die Haare des Kopfes von normalem Wuchs und Dichte, der Haarboden ohne Seborrhoe und Schuppenbildung. Achsel- und Schamhaare gut entwickelt. Beide Handteller bis zu den Radiokarpalgelenken, sowie die Beugeseite aller Finger zeigen eine gleichmäßige Veränderung der Haut. Diese ist lebhaft gerötet, die Handlinie und Follikel erscheinen in weißer Zeichnung. An den typischen Druckstellen ist die Hornschicht schwielig verdickt. Die Affektion ist streng palmar begrenzt und geht nur teilweise auf die Zwischenfingerflächen über, wo sie sich scharf gegen die gesunde Haut absetzt. Die Haut der erkrankten Partien ist unelastisch, rauh und trocken. Die Fingerspitzen, an denen das Leiden weniger stark ausgeprägt ist, schwitzen fast konstant. Die Handrücken sind frei von Veränderungen. An den Streckseiten der Finger ist die Haut über den Gelenken weniger schmiegsam. Die Haarfollikel der Grundphalangen und der Ulnarkante beider Hände tragen etwa $^1/_2$ mm hohe Hornkegelchen. Die Fingernägel sind gut ausgebildet; das distale Ende des Nagelbettes zeigt eine 1 mm breite, anämische Querzone. An den Streckseiten der Arme treten die Haarfollikel unter dem Bilde einer Cutis anserina leicht hervor. Im Bund tragen die Follikel auf reaktionsloser Basis kleinste Hornkegel. An den Füßen sind die Sohle, ein Teil der Fußwölbung und die Trittballen der großen Zehen von einer kompakten, zusammenhängenden, starken, wachsgelben, glatten, nicht schilfernden Hornschicht bedeckt. Diese Verhornung erstreckt sich aufwärts über den Fersenteil der Achillessehne und ist von einem ganz schmalen roten Saum eingefaßt. Die Zehennägel sind stark und trocken. Über den Gelenken der kleinen Zehen finden wir dorsal festhaftende, scharf umschriebene Hornplatten, Wachstropfen mit leicht gerötetem Saum vergleichbar. Die Haut über der Grundphalange der großen Zehen zeigt ausgesprochene follikuläre Keratosen; eine geringe Anzahl derselben folgt dem Verlauf der Beugesehne der großen Zehen und ist durch die Schuhschnürung bedingt. An den Füßen besteht eine leichte Hyperhidrosis. Unter den Patellen ist beiderseits ein ungefähr dreimarkstückgroßes Hautgebiet zu erwähnen, das sich derb antastet, und dessen Follikel eine stärkere Verhornung aufweisen. Was den allgemeinen Gesundheitszustand der Pat. anbelangt, so wurde vom Internisten, Neurologen, Gynäkologen und Laryngologen keinerlei pathologischer Befund erhoben. Es besteht nur eine geringgradige Vergrößerung des rechten Schilddrüsenlappens. Hervorzuheben wäre nur noch, daß die Pat. psychisch leicht zu alterieren ist. Ihr Wesen ist im allgemeinen scheu, unterliegt aber sehr leicht dem Affekt. In letzter Zeit ist sie depressiv und verfällt oft in Weinkrämpfe.

Betrachten wir beide Fälle nebeneinander, so handelt es sich klinisch um symmetrische Hyperkeratosen, die im 14. bzw. 22. Lebensjahr auf vorher normaler Haut in Erscheinung traten. Diese späte Entwicklung, sowie der Mangel jeglicher erblichen Belastung, unterscheidet das Krankheitsbild vom Keratoma palm. et plant. hered. Auch für die Zugehörigkeit der Affektion zu einer Form der symptomatischen Hyperkeratosen lassen sich keine Anhaltspunkte finden. Dagegen ergeben sich gewisse Beziehungen zu der von Besnier beschriebenen Keratodermia erythematosa symmetrica. Die Keratodermia erythematosa symmetrica zeigt zwar klinisch ein etwas differentes Bild, ist jedoch gleichfalls von einem Erythem begleitet und wird bei Personen beobachtet, die Alterationen von seiten des Nervensystems aufweisen. Aus letzterem Grunde hält Besnier nervöse Störungen zentraler Natur bzw. eine Trophoneurose für die Ursache dieser Keratodermie. Der nervöse Status unserer Fälle ist insofern auffällig, als wir einerseits eine ausgesprochene erbliche Belastung und Nervosität, andererseits ein scheues, jedoch leicht erregbares Wesen, ab-

Digitized by Google

wechselnd mit Depression und Weinkrämpfen, feststellten. Bezüglich des Erythems ist besonders Fall 2 interessant, bei welchem das Erythem als prodromales Symptom mit Beginn der Menses auftritt. Einen Zusammenhang zwischen Ovarialfunktion und Erythem in Gestalt persistierender Hyperämie mit konsekutiver Hyperkeratose hat kürzlich Kreibich in einem Fall von Urticaria symmetrica beobachtet (Derm. W., 1920). Mit Berücksichtigung dieses Falles neigen wir zu der Anschauung, daß bei Individuen mit labilem Nervensystem minimale, klinisch anderweitig nicht nachweisbare Störungen in den Wechselbeziehungen innersekretorischer Drüsen (Ovarium — Schilddrüse), zu Störungen in der trophischen Innervation führen. Letztere äußern sich in einer Bereitschaft zu fluxionärer, vielleicht gar nicht entzündlicher Hyperämie, die von Hyperkeratose gefolgt ist.

Diese Bereitschaft geht offenbar parallel mit dem Grad der Gefäßlabilität, die wieder durch die innersekretorischen Vorgänge ausgelöst wird. Bei hochgradiger Labilität können schon geringe äußere (Druck usw.), vielleicht auch psychische Reize Hyperämie und Hyperkeratose zur Folge haben. Ist die Erregbarkeit schwächer, dann können Reize zu den gleichen Veränderungen führen, wenn sie öfter und durch längere Zeit auf die Haut einwirken. Dieses Moment ist gegeben an den Zehenballen, an den Achillessehnen, ferner unter den Schuhriemen, im Bund und schließlich durch Scheuern an den Ellenbogen und Knien.

Zur Behandlung unserer Fälle wäre kurz zu erwähnen, daß bisher alle keratolytischen und einfach erweichenden Mittel nur eine vorübergehende Besserung erzielten. Die Verabfolgung von Ovarialtabletten war wirkungslos. Fall 2 zeigt derzeit nach lokaler Röntgenbehandlung eine leichte Besserung, in Fall 1 war die Bestrahlung vollkommen erfolglos.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des hauptstädtischen St. Johannes-Spitals in Budapest (Chefarzt: Universitätsdozent Dr. Josef Guszman).

Experimentelle Untersuchungen über die Lebensdauer der Spirochaeta pallida unter Einwirkung verschiedener Behandlungsweisen.

Von

Dr. Eugen Rubin und Dr. Siegmund v. Szentkirályi.

Seit der Einführung des Salvarsans in die antiluetische Therapie wurde noch nie so viel über die Luesbehandlung und den mit ihr zusammenhängenden Untersuchungsmethoden gesprochen und geschrieben, wie in unseren Tagen. Dies erklärt sich durch den Umstand, daß seit der Anwendung des Salvarsans und der verwandten Präparate so viel Zeit vergangen ist, daß sowohl die Anhänger wie auch die Gegner des Präparates auf reichliches Beobachtungsmaterial gestützt ihre Argumente vorbringen konnten. Leider ist eine Einigung betreffs einer endgültigen und in

Digitized by Google

jeder Beziehung erprobten Behandlungsweise bis heute noch nicht erzielt worden.

Als Indikator zur Beurteilung der Salvarsan- und Quecksilberwirkung wurde im allgemeinen die WR und die Beeinflussung der klinischen Symptome angesehen; doch die auf dieser Grundlage gewonnenen Konsequenzen konnten hinsichtlich der Wahl oder Ausschließung der angewendeten Mittel zu keiner Entscheidung führen. Und eben weil bei der Diskussion der Frage diese zwei Faktoren sich als ungenügend erwiesen haben, wurden die Untersuchungen auf ein Gebiet geleitet, wo auf die Luestherapie bezügliche wichtige Feststellungen erhofft werden konnten. Es handelt sich hier um die Untersuchung des Verhaltens der Spirochaeta pallida in nativen Präparaten nach Anwendung verschiedener Mittel. Nach einer Pause von einigen Jahren hat Döhring [1]) in dieser Richtung eingehende Forschungen angestellt; er hat gelegentlich der Untersuchung über die Resorption und Wirkung verschiedener Quecksilberpräparate auch untersucht, inwiefern die verschiedenen Quecksilberpräparate bei luetischen Erscheinungen (Papeln, Erosionen usw.) den Spirochätenbefund veränderten. Er hat die Stärke des Befundes nach der Zahl der in einzelnen Gesichtsfeldern befindlichen Spirochäten mit Kreuzen (+) bezeichnet. Die Lebensdauer der Spirochäten untersuchte er nicht.

M. Steyskal [2]) war bestrebt, die Döhringschen Untersuchungen zu ergänzen, sie richtete ihre Aufmerksamkeit hauptsächlich auf Verhalten und Lebensdauer der Spirochäten und fand, daß die Spirochäten aus den syphilitischen Läsionen infolge der Verabreichung verschiedener Salvarsanpräparate auffallend rasch verschwinden und, insofern sie in den Läsionen dennoch aufzufinden sind, ihre Lebensdauer im umgekehrten Verhältnis mit der seit der Salvarsaninjektion vergangenen Zeit steht; die spirillozide Wirkung des Salvarsans ist mithin auffallend. Steyskal bekräftigt des weiteren die bekannte Tatsache, daß nach Einverleibung von Quecksilberpräparaten die Spirochäten nur in dem Verhältnisse schwinden, in welchem Maße die Läsionen heilen, und dementsprechend wird auch ihre Lebensdauer kürzer. Da auch bei spontan heilenden Läsionen die Zahl und Lebensdauer der Spirochäten ständig abnimmt, so nimmt sie an, daß die Heilwirkung des Quecksilbers nur in dem Verschwinden des luetischen Infiltrats und nicht in der spirilloziden Wirkung bestehe.

Steyskal hat im Verlaufe ihrer Untersuchungen in zwei Fällen beobachtet, daß, wenn der Salvarsaninjektion eine Quecksilberbehandlung vorausgeht, dies den Spirochäten dem Salvarsan gegenüber eine gewisse Widerstandsfähigkeit verlieh.

Diese Feststellung hat den auf derselben Klinik arbeitenden G. Fantl [3]) bestimmt, bei einem größeren Krankenmaterial Untersuchungen in dieser Richtung anzustellen, die ihn dann zu der Folgerung führten, daß die Lebensdauer der Spirochäten vor der Quecksilberbehandlung eine geringere war als nach derselben, ja er berichtet auch über einen Fall, in dem er die Behandlung mit Salvarsan begann. Nach der Anwendung des Sal-

---

[1]) Arch. f. Derm., 1916. Über die Wirkung und Resorption der verschiedenen Quecksilberpräparate. — [2]) Derm. W., 1919. Spirochäten und Antiluetika. — [3]) Derm W., 1920. Zur Frage der Giftfestigkeit der Spirochäten.

Digitized by Google

varsans ist der Spirochätenbefund +++, nach den Quecksilberinunktionen verbleibt dieselbe Positivität. Nach Beendigung der ersten Schmiertour, ja selbst auf zweimalige Salvarsaninjektion verändert sich die Positivität des Spirochätenbefundes nicht und bleibt auch nach einer weiteren Schmiertour und zwei neuerlichen Salvarsaninjektionen unverändert. Bezüglich der Feststellung, ob es sich um einen gegenüber dem Salvarsan sich refraktär verhaltenden Fall handelt, oder ob die Anwendung des Quecksilbers den Spirochäten eine ausnehmend starke Resistenz verliehen habe, nimmt der Autor einen reservierten Standpunkt ein.

Gleichzeitig mit dem Erscheinen dieser Mitteilungen haben wir an dem großen luetischen Krankenmaterial unserer Krankenhausabteilung Untersuchungen vorgenommen von dem Gesichtspunkte, welche von den heute angewendeten Behandlungsweisen die befriedigendste sei, wenn wir die Beeinflussung der klinischen Erscheinungen und im Verlaufe der späteren Behandlung das Verhalten der WR, wie auch das biologische Verhalten der Spirochäten (Dunkelfeld) vor Augen haben. Wir hatten Gelegenheit, im Rahmen dieser Untersuchungen unsere Erfahrungen mit den Resultaten Fantls zu vergleichen. Fantls Resultate wären in biologischer Hinsicht von hoher Wichtigkeit, wenn sie durch weitere Untersuchungen bekräftigt würden. Da unsere eingehenderen einschlägigen Untersuchungen sich fast auf die Dauer eines Jahres erstrecken, sind wir erst heute in der Lage, den vorliegenden Bericht zu veröffentlichen.

Die Technik, die wir bei unseren auf das Verhalten der Spirochaeta pallida bezüglichen Untersuchungen anwendeten, ist die folgende: Eine — in der Regel an den äußeren Genitalien befindliche — Läsion, die örtlich noch nicht behandelt war, wurde mit steriler Gaze mehrmals abgewischt, worauf sich an der Oberfläche Reizserum zeigte. Einen solchen Tropfen brachten wir mittels Platinöse auf einen sorgfältig gereinigten Objektträger und bedeckten ihn mit einem ungebrauchten Deckglas, indem wir darauf achteten, daß der infolge des Druckes möglichst dünn geschichtete Tropfen den Rand des Deckglases nicht erreiche. Um das Austrocknen zu verhindern, umrahmten wir das Deckglas mit in Alkohol gelöstem dickflüssigem Schellack, sorgfältig darauf achtend, daß die Schellacklösung sich mit dem Serum nicht berühre, denn wir konnten mit Recht annehmen, daß die alkoholische Lösung sich gegen die Spirochäten nicht indifferent verhalten werde. Die Fantlsche Paraffinumrahmung haben wir deshalb nicht angewandt, weil der Wärmegrad, bei dem sich das Paraffin löst und sich zu Zwecken der Umrahmung geeignet zeigt, eine trocknende Wirkung auf dünnere und eben deshalb zu Dunkelfelduntersuchungen geeignete Präparate ausübt. Wir fertigten bei jeder Gelegenheit zwei Präparate an, um mögliche Fehler unserer Technik nach Tunlichkeit auszuschließen. Wenn die syphilitische Läsion schon kaum sichtbar war, so wurde die Epidermis der betreffenden Stelle in dünner Schicht abgelöst und das sich an dieser Stelle zeigende Reizserum einer Prüfung unterzogen. Wir untersuchten die Präparate bei Zimmertemperatur und waren darauf bedacht, daß die Präparate bei wiederholter Betrachtung der Licht- und Wärmewirkung des Dunkelfeldreflektors nicht längere Zeit hindurch ausgesetzt seien. In den Zeiträumen zwischen den Unter-

Digitized by Google

suchungen verwahrten wir die Präparate — gegen das Sonnenlicht — in horizontaler Lage, in geschlossenen Behältern.

Obwohl wir schon anfangs der Untersuchungen sahen, daß die technischen Schwierigkeiten die Resultate der Untersuchungen wesentlich beeinflussen, haben wir unsere Arbeit doch zu Ende geführt, um über unsere Erfahrungen berichten zu können. Wir beobachteten in zahlreichen Fällen, daß die Spirochäten in Präparaten aus ein und derselben Läsion, unter vollkommen identischen äußeren Bedingungen — trotz der größten Sorgfalt — sich sowohl hinsichtlich ihrer Anzahl wie auch ihrer Lebensdauer verschiedenartig verhielten. In dem einen Präparat waren viele sich lebhaft bewegende Spirochäten, mit einer Lebensdauer von 28—30 Stunden zu sehen, in dem anderen hingegen fanden wir nur wenige sich träge bewegende Spirochäten von kurzer Lebensdauer. Aus diesem Grunde machten wir nur von den Fällen Gebrauch, in denen die parallelen Präparate ein annähernd gleiches Bild boten. Es versteht sich von selbst, daß wir nach diesen Beobachtungen von der Bezeichnung der Zahl oder der Menge der Spirochäten durch Kreuze (+) absehen mußten, was sehr demonstrabel und bequem wäre, wenn es den Tatsachen entspräche und vollkommen auszuführen wäre; auch mußten wir von der Anwendung einer besonderen Bezeichnung zur Veranschaulichung der Lebhaftigkeit und der Schnelligkeit der Spirochätenbewegung absehen. Wir waren selbstredend stets darauf bedacht, immer nur aktive Bewegung als Lebenserscheinung anzusehen. Nur zu Ende der Untersuchungen dehnten wir unsere Experimente so weit aus, daß wir von dem von einer Läsion herrührenden und wohlaufbewahrten Reizserum täglich je einen Tropfen nach der obigen Methode untersuchten, und wir konnten so beobachten, daß die Spirochäte auch drei bis vier, ja fünf Tage lang am Leben bleibt. Den Grund dafür, daß sie zwischen Deckglas und Objektträger in 20—30 Stunden zugrunde geht, müssen wir darin suchen, daß die Lebensdauer der Spirochäte infolge ungünstiger Umstände kürzer wird. Die Aufbewahrung des erwähnten Reizserums geschah auf die Weise, daß wir eine Serie (5—6) von größeren hängenden Tropfen anfertigten, sie umrahmten und jeden Tag mit einem Material, das aus je einem neuerlichen hängenden Tropfen gewonnen war, Untersuchungen anstellten. Leider erlitten unsere Forschungen in diesem Stadium infolge äußerer Umstände eine Unterbrechung. Es ist aber zweifellos, daß wir ein zufriedenstellendes Resultat auch mit dieser letzteren Methode nicht hätten erreichen können, denn das Ziel ließe sich nur so erreichen, wenn man eine größere Quantität von Reizserum ohne die Zerstörung der Umrahmung längere Zeit hindurch untersuchen könnte.

Unser Versuchsmaterial bestand in ungefähr gleichaltrigen (20—30 Jahre), frisch sekundär luetischen weiblichen Kranken, die vorhergehend keinerlei luetische Behandlung erhalten hatten. Das Krankenmaterial war also hinsichtlich der von uns abhängigen äußeren Umstände tunlichst gleichartig.

Vom Standpunkt der Behandlung teilten wir die Kranken in vier Gruppen. Die erste Gruppe erhielt nur intraglutäale Quecksilberinjektion (10%iges Hg salicyl.). Bei den Kranken unserer zweiten Gruppe gingen

Digitized by Google

der ersten intravenösen Neosalvarsaninjektion zwei Quecksilberinjektionen voraus. In der dritten Gruppe erhielten die Kranken nur Neosalvarsan, in der vierten eine Mischung von Neosalvarsan und 1%iger Sublimatlösung intravenös nach Linser.

1. Gruppe. Mit Quecksilber behandelte Fälle.

Bei den Kranken dieser Gruppe haben wir nach der WR eine Untersuchung der aus der Läsion herrührenden Spirochäten vorgenommen, sodann erhielt der Kranke in Zwischenräumen von fünf Tagen 1 ccm 10%iges Hg salicyl. intraglutäal. Da wir auf unserer Abteilung allgemein das Hg salicyl. anwenden, so haben wir uns auch bei unseren Untersuchungen dieses Präparates bedient. Nach drei bis vier solchen Injektionen fertigten wir frische Präparate an, bis wir nach Überhäutung der Läsionen selbst durch Schaben kein spirochätenhaltiges Serum mehr erhielten. Einige Auszüge der Krankengeschichten mögen den Gang und die Resultate der Untersuchungen veranschaulichen.

R. Cz., 24 Jahre, papulöses Syphilid am Rumpf. Die rechte große Schamlippe um das Doppelte geschwollen, auf derselben und ad anum diphtheroide Papeln. 19. VI. 1920 WR ++++. 17. VI. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 44 Stunden. 19. VI. Hg-Salizylinjektion. 24. VI. Hg-Salizylinjektion. 30. VI. Hg-Salizylinjektion. 5. VII. Hg-Salizylinjektion. 6. VII. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 19 1/2 Stunden. 10. VII. Hg-Salizylinjektion. 15. VII. Hg-Salizylinjektion. 16. VII. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 11 Stunden. 20. VII. Hg-Salizylinjektion. 26. VII. Hg-Salizylinjektion. 31. VII. Überhäutung der Papeln. In dem durch Schaben der überhäuteten Partien gewonnenen Serum keine Spirochäten.

I. B., 22 Jahre. Starke allgemeine Adenitis. Papulo-makulöses Syphilid am Rumpf. Ad maximum vermehrte Condylomata lata an den äußeren Genitalien und ad anum. 21. VI. 1920 WR ++++. 24. VI. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 34 Stunden. 26. VI. Hg-Salizylinjektion. 1. VII. Hg-Salizylinjektion. 6. VII. Hg-Salizylinjektion. 6. VII. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 6 1/2 Stunden. 12. VII. Hg-Salizylinjektion. 16. VII. Überhäutung der Papeln. In dem durch Schaben gewonnenen Serum sehr wenige, sich sehr träge bewegende Spirochäten.

E. B., 18 Jahre. Allgemeine Adenitis. Ad maximum entwickelte Condylomata lata an den äußeren Genitalien und ad anum. 14. VI. 1920 WR ++++. 15. VI. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 124 Stunden. Hg-Salizylinjektion. 19. VI. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 51 Stunden. 21. VI. Hg-Salizylinjektion. 24. VI. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 51 Stunden. 26. VI. Hg-Salizylinjektion. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 14 Stunden. 1. VII. Hg-Salizylinjektion. 3. VII. Die Kondylomata in starker Rückentwicklung. Spirochätenbefund negativ.

R. K., 22 Jahre. Allgemeine Adenitis. Dichtes papulo-makulöses Syphilid am Rumpfe. Kondylomata in der Schamgegend. 17. VII. 1920 WR ++++. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 39 Stunden. 19. VII. Hg-Salizylinjektion. 24. VII. Hg-Salizylinjektion. 25. VII. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 27 Stunden. 29. VII. Hg Salizylinjektion. 30. VII. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 24 Stunden. 2. VIII. Hg-Salizylinjektion. Kondylomata abgeflacht und überhäutet. 4. VIII. In dem durch Schaben gewonnenen Serum lebendige Spirochäten nicht nachweisbar.

L. Cs., 22 Jahre. Allgemeine Adenitis. Ad maximum entwickelte Condylomata lata ad anum und an den äußeren Genitalien. 6. VII. WR ++++. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 19 1/2 Stunden. 7. VII. Hg-Salizylinjektion. 12. VII. Hg-Salizylinjektion. 16. VII. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 11 Stunden. 17. VII. Hg-Salizylinjektion. 22. VII. Hg-Salizylinjektion. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 11 1/2 Stunden. 27. VII. Hg-Salizylinjektion. 2. VIII. Hg-Salizylinjektion. 7. VIII. Hg-Salizylinjektion. Spirochäten-

Digitized by Google

befund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 29½ Stunden. Die Kranke erhielt noch weitere fünf Hg-Salizylinjektionen, und obzwar noch immer Läsionen vorhanden waren, war der Spirochätenbefund am 3. September negativ.

Wir haben auf diese Weise 24 Kranke behandelt und untersucht. Von der Mitteilung der übrigen Krankengeschichten können wir, da sie den oben mitgeteilten ähnlich sind, absehen.

Wir haben in 20 Fällen die Beobachtung gemacht, daß die Lebensdauer der Spirochäten, in dem Maße wie die Behandlung fortschreitet und die Läsionen heilen, immer geringer wird. In vier Fällen haben wir einen den von Fantl mitgeteilten Fällen ähnlichen Verlauf beobachtet. Auffallend ist es aber, daß bei unseren Fällen die Spirochäten schon im unbehandelten Zustand weit länger lebten als bei den seinigen, und daß wir diese nach Fantl dem Quecksilber zuzuschreibende Verlängerung der Lebensdauer nur bei einem geringen Teile unserer Fälle beobachten konnten.

(Schluß folgt.)

Versammlungen.

V. Kongreß der Deutschen Urologischen Gesellschaft.

Wien, 29. Sept. bis 1. Okt. 1921.

Originalbericht von Dr. O. Schwarz-Wien.

H. Albrecht-Wien (Referat): **Zur Pathologie der Hydronephrose.** Die Ursachen der erworbenen Hydronephrose sind durch Hindernisse bedingt, die im Bereich der abführenden Harnwege liegen, vom Nierenbecken bis zur Ausmündung der Urethra oder durch Druck von der Umgebung her. Die angeborenen beruhen auf abnormen Bildungen des Nierenbeckens oder Harnleiters (hoher spitzwinkliger Abgang, abnorme Länge, Stenose, Klappenbildung, Divertikel, abnorme Einmündung). Ferner gibt es Hydronephrosen, die ohne mechanische Ursache entstehen, und zwar durch chronische, atonische Dilatation des ganzen urogenitalen Systems. Referent kommt auch auf die Hydronephrosen zu sprechen, welche auf nervöser Basis infolge Störung des Innervationszentrums oder des vegetativen Nervenzentrums beruhen.

Rumpel-Berlin (Korreferat) berichtet über 66 klinisch beobachtete Fälle. Bei einem Drittel derselben ist die Ätiologie ungeklärt. Er unterscheidet drei Entstehungsarten: 1. Störung des Abflusses aus Harnröhre und Blase; 2. Verengerungen im Verlaufe des Harnleiters mit Erweiterungen oberhalb der Stenose (echte Strikturen sind selten); 3. die Erweiterung ist erst oberhalb des Ureterabganges vom Nierenbecken (häufigste Art); 4. möchte Ref. noch eine vierte Gruppe hinzufügen, die auf Innervationsstörungen des Ureters beruhen. Viele Schwierigkeiten im Verständnis einzelner Fälle von Hydronephrose könnten beseitigt werden, wenn nicht so einseitig mechanische Verhältnisse in den Vordergrund gestellt würden, sondern mehr auf funktionelle Anomalie geachtet würde. Die Wanderniere bedingt nur selten eine Hydronephrose, die überzähligen Gefäße hält er für eine Folgeerscheinung der Hydronephrose. Zum Schluß wird die Wichtigkeit der Pyelographie in differentialdiagnostischer Hinsicht betont.

Oehlecker-Hamburg, Korreferat über die Therapie der Hydronephrose, bespricht zuerst die verschiedenen Methoden der plastischen Operationen, die sich aber nur für Frühfälle eignen. Wichtig ist die Nachuntersuchung mit Pyelographie. Dann bespricht er die Indikationen für die Exstirpation. Er unterscheidet leicht und schwer infizierte Fälle. Zu den ersteren gehören Koliinfektionen mit wenig Leukozyten, bei solchen kann man noch plastische Operationen versuchen. Keinesfalls ist er aber der Ansicht, daß man einen großen, schlaffen Hydronephrosensack um jeden Preis erhalten muß, und betont zum Schluß die Wichtigkeit der Erklärung der Ätiologie für die Pathologie der Hydronephrose.

Lichtenberg-Berlin: **Hydronephrose bei Wanderniere.** Es gibt bei der Wanderniere zwei Typen der Beckenerweiterung: 1. proportionelle Vergrößerung des Beckens

Digitized by Google

und Ureters, Ursache ist ein mechanisches Abflußhindernis; 2. sackförmige Erweiterung mit dünnem Ureter, Ursache eine funktionelle Abflußstörung durch infektiöse Lähmung. Er erwähnt die Schwierigkeit, die Beckenerweiterung von der Hydronephrose abzugrenzen.

Es sprechen noch Pleschner, Frank und Glas, Wildbolz, Kneise und Suter.

L. Casper-Berlin: **Geheilte Nieren- und Blasentuberkulose.** Die erste Beobachtung betrifft eine Pat., die vor 26 Jahren eine sichergestellte linksseitige Nierentuberkulose hatte, die Operation damals ablehnte, bis 1903 ohne Beschwerden blieb, wobei der Harn auch klar wurde. 1903 Hämaturie, bei der Zystoskopie sieht man den linken Ureter narbig verzogen. Seit März 1921 eitriger Harn ohne Tuberkelbazillen, der linke Ureter von einem entzündeten Hof umgeben. Bei Operation zeigt sich die Niere in ein hühnereigroßes Gebilde umgewandelt, in welchem mikroskopisch Tuberkulose nicht konstatiert werden konnte. Der zweite Fall war eine linksseitige Nierentuberkulose, bei welcher die ehemals tuberkulöse Blase vollkommen ausgeheilt war, trotz bestehender Tuberkulose der Niere.

Wildbolz-Bern: **Operationsresultate bei Tuberkulose der Niere** an einem Material von 445 Fällen, das er seit 10 Jahren kontrolliert hat. Die Nephrektomie führt bei einseitiger Tuberkulose in drei Fünftel der Fälle zur Heilung, während die konservative Therapie keine Heilung bringt, von Ausnahmefällen abgesehen, wie eben Casper einen vorgestellt hat.

E. Joseph-Berlin: **Operative Behandlung der doppelseitigen Nierentuberkulose.** Man soll nur dann operieren, wenn sehr starke Beschwerden da sind und die Blase sehr schlecht ist.

Schwarzwald-Wien: 2 Fälle von **Nierentuberkulose,** bei welchen Koliken des tuberkulösen Ureters Uretersteine vortäuschten.

Felber-Wien: **Erfahrungen mit der Eigenharnreaktion nach Wildbolz.** Er vergleicht sie mit der subkutanen Tuberkulinprobe mit Herdreaktion, welch letztere durch den Hinweis auf den Sitz der tuberkulösen Erkrankung wertvoller zu sein scheint.

R. Paschkis-Wien: Über 3 Fälle von **doppelseitiger Nierentuberkulose,** welche 11, 9 und 7 Jahre nach der Nephrektomie beobachtet wurden, bei 2 Fällen hat sich eine spezifische Striktur der Harnröhre etabliert, sonst zeigten diese keine Beschwerden; der 3. Fall wurde obduziert und Tuberkulose der anderen Niere und der Blase gefunden.

R. Bachrach-Wien berichtet über 3 Fälle von **doppelseitiger Nierentuberkulose,** welche mehrere Jahre weiter beobachtet wurden.

Lieben-Wien erwähnt einen Fall von **spezifischem Granulom der Blase,** das durch Elektrokoagulation geheilt wurde.

Über Nierentuberkulose sprechen noch: Goldenberg-Nürnberg und Hock-Prag.

Zinner-Wien: **Die temporäre Insuffizienz des vesikalen Ureterostiums.** Dieses war scheinbar intakt, und er führt dieses Phänomen auf eine vorübergehende funktionelle Schädigung der Verschlußmuskulatur des vesikalen Ureterostiums durch Narkose oder leichte Infektion zurück, und bespricht vor allem einen Fall von klinisch beobachteter temporärer Insuffizienz des vesikalen Ureterostiums, welche er durch Zystographie nachweisen konnte.

Pendl-Troppau zeigt Lichtbilder von einem Vorfall einer **zystischen Dilatation des vesikalen Ureterostiums** vor das Orificium externum urethrae.

Kroiss-Wien spricht zur **Resektion der Hufeisenniere.**

Lichtenstern-Wien beschreibt ein **typisches Krankheitsbild,** das in kolikartigen Nierenschmerzen sich äußert, bei nahezu vollständig normalem Harn. Die anatomische Grundlage sind fibröse Veränderungen der Nierenkapsel. Ätiologie: Wahrscheinlich kleinste Rindenabszesse nach Anginen. Therapie: Dekapsulation.

Tandler-Wien: **Chirurgische Anatomie der Blase und Harnleiter in Hinblick auf ausgedehnte Resektionen** (Referat). Schilderung der entwicklungsgeschichtlichen Entstehung des Beckenbindegewebes aus der Tela urogenitalis. Alle die vielen Ligamente des Beckens, die von Chirurgen, Gynäkologen und Urologen immer wieder demonstriert werden, stellen nichts anderes als Kunstprodukte dar, und sind eigentlich Verdichtungszonen bestimmter Teile der Tela urogenitalis.

Voelcker-Halle a. S. (Korreferat): Bei Abwägung der verschiedenen Zugangsoperationen zwecks weitgehender Resektion der Blase wegen Karzinom zeigt sich der transperitoneale Weg in vielen Fällen als der einzig mögliche. Um die eminente Gefahr der Peritonealinfektion zu beseitigen, schlägt Voelcker eine neue Methode vor, und zwar die Extraperitonisierung der Blase vor der Eröffnung derselben. Er stellt diese

Digitized by Google

von ihm ausgearbeitete Methode anschaulich dar und meint, daß sie die Methode der Wahl ist, durch welche am besten größere Resektionen, auch am fixen Teil der Blase, dem Trigonum, ausgeführt werden können.

R. Latzko-Wien (Korreferat): Die von ihm und Schiffmann ausgearbeitete Methode der erweiterten abdominalen Totalexstirpation des Uterus bei Karzinom, ergibt auch eine Möglichkeit, bei Blasenkarzinomen radikaler als bisher zu operieren. Das Wesentliche dieser Methode besteht darin, daß das seitliche Beckenbindegewebe in weitem Umfange mit den Lymphgefäßen abgetragen werden kann. Ausführliche Demonstration des Verlaufs und der chirurgischen Darstellung der Blut- und Lymphgefäße dieser Region.

Schnell-Frankfurt referiert über einen gelungenen Fall von **Totalexstirpation der Blase**, bei welchem die Ureteren nach Enderlen, Krönig und Thies versorgt wurden; Anus praeternaturalis und Einpflanzung der Ureteren in den Mastdarm.

Kielleuthner-München: **Suprapubische Fisteln und Hernien nach Sectio alta.** K. hat unter 6 8 Blasenoperationen 22mal Fisteln beobachtet. Als Mittel zur Verhütung derselben empfiehlt er hohes Anlegen der Fistel, Schonung der prä- und paravesikalen Räume, Vermeidung eines Schleimhautektropiums und keine Blasenfixation, der Weg in die Blase soll gerade und nicht geknickt sein.

Weibel-Wien berichtet über 28 Ureterimplantationen mit 26 Erfolgen. Trotz guter Heilung der Ureteren bestand nur in 60% gute Funktion. Es können noch nach Jahren Strikturen auftreten.

O. Sachs-Wien: **Zur Anatomie der weiblichen Prostata.** Demonstration histologischer Präparate.

Casper-Berlin: **Über eine eigentümliche Blasenblutung,** welche einen Bantischen Symptomenkomplex vortäuschte und auf luetischer Basis entstanden war.

Weibel-Wien: **Nach Radiumbehandlung entstandene Blasenscheidenfisteln.**

Goldenberg-Nürnberg: **Bedeutung des Epiduralraumes.** Er empfiehlt die epidurale Injektion bei Bettnässern, und die sakrale Anästhesie bei verschiedenen urologischen Operationen.

Mannaberg-Wien: **Die Stenonephrie.** M. spricht über Gefäßkrisen der Niere und schildert dieses eigenartige Krankheitsbild.

Kneise-Halle a. S.: **Kongenitale Blasendivertikel.** Er ist der Ansicht, daß es sich in der Mehrzahl der Fälle bei den Blasendivertikeln nicht um kongenitale, sondern um erworbene Divertikeln handelt, angeboren sind nur die Prädilektionsstellen. Pathogenetisch hat die Sphinktererkrankung gegenüber der mechanischen Ätiologie in den Vordergrund zu treten.

Rothschild-Berlin: Die radikale Exstirpation ist zwar die ideale, aber nicht immer ausführbare Methode, weil sie noch zu viel Gefahren in sich schließt.

Kraft-Wien spricht über Prostatahypertrophie und Blasendivertikel.

Waldschmidt-Wildungen: **Über Prostataatrophie.** Er hat mehrmals beobachtet, daß eine schlecht behandelte blennorrhoische Prostatitis mit der Zeit zu einer Prostataatrophie geführt hat.

Rubritius-Wien: **Retention durch Sphinkterkrampf.** R. fand bei einigen Fällen von Harnverhaltung weder ein mechanisches Hindernis noch Veränderungen am Blasenhals als Ursache derselben, sondern einen dauernden Hypertonus des Blasenschließmuskels. In allen Fällen wurde nach suprapubischer Eröffnung der Blase eine Keilexzision aus der hinteren Umrandung des Orificium internum, in einigen mit sehr gutem Erfolg gemacht (Schwinden des Residualharns, Besserung der Miktionsbeschwerden).

Fischer-Halle a. S. berichtet über günstige Resultate der Prostatektomie nach der Voelckerschen Methode.

Kornitzer-Wien zeigt die verschiedenen histologischen Typen der Prostatahypertrophie an mikroskopischen Präparaten.

Seralach-Barcelona und Schmidt-Berlin sprechen über die **Pubertätsdrüsen** und die Unterbindung des Samenstrangs, ebenso Lichtenstern-Wien.

Kyrle-Wien ist nach seinen eingehenden Untersuchungen der Ansicht, daß es eine interstitielle Drüse im Sinne Steinachs nicht gibt.

K. Sternberg-Wien meint auch, daß es eine Pubertätsdrüse im Sinne Steinachs nicht gebe, und daß die Zwischenzellen mit den sekundären Geschlechtscharakteren nichts zu tun haben.

Kutrin-Berlin hat bei seinen Samenstrangunterbindungen nicht immer Erfolge gesehen.

Digitized by Google

Finsterer-Wien hat in einem Fall von inoperablem Karzinom die Samenstrangunterbindung zur Besserung des Allgemeinbefindens mit Erfolg gemacht.

Holzknecht-Wien (Referat): **Die Röntgenstrahlen im Dienste der Urologie.** Er spricht über die Röntgentherapie bei verschiedenen urologischen Erkrankungen, so vor allem bei Tumoren und Prostatahypertrophie, und berichtet über gute Erfolge, speziell bei den ersteren.

Lenk-Wien zeigt eine durch Röntgentherapie ausgeheilte Nebenhodentuberkulose.

Kaiser-Wien: Eine Impotenz, die auf diesem Wege zur Heilung gebracht wurde.

Eisler-Wien referiert über die neuen Fortschritte in der urologischen Röntgendiagnostik (Pyelographie, Pneumoperitoneum), speziell über die Schirmdurchleuchtung des mit Kontrastmitteln gefüllten Nierenbeckens.

v. Lichtenberg-Berlin und Voelcker-Halle a. S. empfehlen zur Vermeidung von Zufällen bei der Pyelographie, den Injektionsdruck nicht über 30 mm Wasser steigen zu lassen, und halten von Kontrastmitteln das Bromnatrium für das geeigneste.

Eisendraht-Chicago berichtet über Tierexperimente mit der Pyelographie unter verschieden hohen Injektionsdrucken.

E. Joseph-Berlin verwendet nur dünne Harnleiterkatheter und warme Lösungen von Jodlithium zur Pyelographie.

Palugyay und Ender-Wien demonstrieren verschiedene **Röntgenbilder** der weiblichen Blase.

Sgalitzer-Wien hebt die Vorteile der **Nierenaufnahme in zwei Projektionsrichtungen** hervor, sowie der axialen Aufnahmen der Blase, besonders für Stein- und Divertikeldiagnose.

Kienböck-Wien spricht über die **Diagnose der Nierensteine,** ebenso Blum-Wien.

Götze-Frankfurt a. M.: **Pneumoperitoneale Röntgendiagnostik.** Er erläutert die großen Vorteile des Pneumoperitoneums zur chirurgischen Nierendiagnostik durch Vorführung von Röntgenbildern.

Nowak-Wien demonstriert einen von Rubin-New-York erfundenen Apparat, der dazu dient, zu konstatieren, ob die Tuben durchgängig sind; man bringt mittels dieses Apparates Gas durch den Uterus und die Tuben in die Bauchhöhle.

Casper-Berlin bespricht die von Rosenstein angegebene extraperitoneale Sauerstoffeinblasung ins Nierenlager zur Darstellung von Leber, Niere und Nierenbecken.

Weibel-Wien hält die Methode von Rubin für gefährlich und überflüssig.

Götze macht auf die Gefahren der Rosensteinschen Methode aufmerksam.

Bachrach-Wien berichtet über die normalen Lageveränderungen der Niere bei der Atmung nach Durchleuchtungen unter dem Röntgenschirm **(Pyeloskopie).**

Kraft-Wien demonstriert Bilder von Prostatasteinen und Blasendivertikeln.

Pal-Wien spricht über die Beziehungen der arteriosklerotischen Niere zur Schrumpfniere.

Hryntschak-Wien demonstriert an der Hand von Röntgenaufnahmen die **Formveränderungen der Blase während der Miktion.**

Prigl-Wien zeigt **Röntgenaufnahmen der männlichen Harnröhre.**

R. Paschkis-Wien spricht über **histologische Befunde am Trigonum der Blase bei Einnierigen** und über eine eigenartige **tumorartige Erkrankung an der Harnröhrenmündung einer Frau.**

Lion-Wien berichtet von einem Fall von **Achsendrehung des Penis** um 120 Grad und Hämangiom der Glans.

Wieser-Wien demonstriert eine Methode der **Röntgentherapie maligner Tumoren,** bei welcher die Strahlenverteilung im Körper genau berechnet werden kann.

Franz-Wien hat einige Frauen mit Inkontinenz durch **Levatorplastik** geheilt.

Glingar-Wien berichtet über mehrere **Harnröhrendivertikel,** die er urethroskopisch beobachtet hat.

Saudek-Brünn empfiehlt die **Saugbehandlung bei chronischer Blennorrhoe.**

Lindenfeld-Wien bespricht eine **durch Gonokokken hervorgerufene Meningitis.**

Priesel-Wien demonstriert mikroskopische Präparate des Nebenhodens bei **angeborenem Mangel des Ductus deferens.**

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Provinzialversammlung in Bordeaux.

Sitzung vom 17. Mai 1921 (morgens).

Ansprachen des abtretenden Vorsitzenden THIBIERGE und des neuen Vorsitzenden DARIER.

G. PETGES: **Das mykotische Ekzem** (L'Eczéma mycosique). In einer Reihe von nässenden, zum Teil lichenifizierten ekzemartigen Erkrankungen wurden in den Schuppen Fäden und Sporen gefunden, Kulturen ergaben Parasiten, die in einem Falle dem Epidermophyton inguinale sehr nahe standen. Die vorher jeder Therapie trotzenden Fälle heilten darauf rapide unter Chrysarobin- und Jod-Chrysarobin-Behandlung. Der Anregung des Vortragenden, an Stelle von „Ekzem" von „Ekzemen" zu sprechen und die sogenannten artifiziellen ekzematoiden Dermatitiden als symptomatische Ekzeme zu bezeichnen, von denen das mykotische Ekzem eine Form wäre, wird lebhaft widersprochen und auf die Notwendigkeit hingewiesen, den Namen Ekzem für die durch ihre charakteristischen Elementarläsionen und besondere Entwicklung gekennzeichnete Erkrankung vorzubehalten.

DUBREUILH und JOULIA: **Mikotische Intertrigo. — Eine neue Form der Epidermophytie** (De l'intertrigo mycosique. — Une forme nouvelle d'épidermophytie). Unterhalb der Mammae, in den Genito-Kruralfalten, von da auf die Genitalien ausgebreitet finden sich häufig dunkelrote, glatte, nicht indurierte Plaques mit landkartenähnlichen Begrenzungen, von schuppendem Ringe abgeschlossen, der weiß, mazeriert erscheint. In der Umgebung zahlreiche ähnliche stecknadelkopf- bis linsengroße Effloreszenzen, aus welchen die Hauptefflorescenz durch Konfluieren entstanden ist. In den Schuppen nicht segmentierte Myzelien und exogene Sporen, frei oder durch einen kurzen Stiel mit dem Myzel verbunden. Es scheint sich um einen Hefepilz zu handeln.

MILIAN: **Tödlich verlaufener Icterus gravis durch Streptokokken-Septikämie im Gefolge einer Noma, die im Verlaufe einer Salvarsanbehandlung durch Extraktion mehrerer Zähne hervorgerufen war** (Ictère grave mortel par septicémie streptococcique consécutive à un noma provoqué par l'extirpation de plusieurs dents au cours d'un traitement par l'arsénobenzol). Das Salvarsan als solches war nicht die Ursache, vielmehr der aus der Überschrift ersichtliche Verlauf.

CLÉMENT SIMON: **Fall von Azoospermie mit unveränderten sekundären Geschlechtsmerkmalen bei einem Kranken mit Augenstörungen wahrscheinlich kongenital-syphilitischen Ursprungs** (Note sur un cas d'Azoospermie avec intégrité des charactères sexuels secondaires, chez un sujet atteint de troubles oculaires d'origine probablement hérédo-syphilitique). Die Hoden erscheinen völlig normal. Aus dem Fehlen der Spermatozoen bei unveränderten sekundären Geschlechtsmerkmalen kann man annehmen, daß der pathologische Prozeß nur die exokrine Drüse betroffen und die endokrine gänzlich verschont hat oder daß er erst später eingewirkt hat, als die sekundären Geschlechtsmerkmale schon gut entwickelt waren; die erstere Hypothese ist wahrscheinlicher. In der Besprechung wird auf die Bedeutung des Prostatasekretes für die Bewegung der Spermatozoen hingewiesen.

GOUIN und PETGES: **Die Röntgenbehandlung von Tinea nach der Methode von KIENBOEK-ADAMSON** (Traitement radiothérapique des Teignes par le procédé de KIENBOEK-ADAMSON). Es handelt sich um die Anwendung der Kreuzfeuermethode bei zahlreichen Fällen von Favus, Mikrosporie, Trichophytie. Fünf Röhrenstellungen, deren Wahl, ebenso wie die der Entfernung von der Antikathode und der Röhrenform eingehend beschrieben wird.

CH. AUDRY und NANTA: **Die Behandlung der arteriellen Hypertension syphilitischen Ursprungs mit Salvarsan** (Sur le traitement de l'hypertension artérielle d'origine syphilitique par les arsénobenzols). Die auf Einwirkung der Spirochäten auf Herz, Gefäße, Nieren, vielleicht Drüsen beruhenden Störungen wurden zwar nicht schnell, aber regelmäßig und sicher beseitigt. Rückfälle sind häufig, weichen jedoch wiederholter Behandlung. Bei stärkeren anatomischen Veränderungen der Nieren ist große Vorsicht erforderlich. MILIAN bevorzugt bei syphilitischen Nierenerkrankungen das Quecksilberzyanür.

Digitized by Google

Dubreuilh und E. Cazenave: **Histologie des verkalkten Epithelioms (Malherbe)** (Histologie de l'épithéliome calcifié de Malherbe). Nach den eingehend dargelegten Untersuchungen erscheint der Name nicht ganz gerechtfertigt.

L. Chatellier: **Fall von Pian mit Veränderungen des Liquor cerebrospinalis und Glykosurie** (Sur un cas de pian avec altérations du liquide céphalo-rachidien et glycosurie). Im Sekret einer Papel an der Stirn fanden sich reichliche Pianspirochäten, im Liquor Lymphozytose, WR hier und im Blut positiv. Unter Salvarsanbehandlung Schwinden der Hauterscheinungen und Rückgang des Zuckers. Im Gegensatz zu der allgemeinen Annahme ist aus dieser Beobachtung zu schließen, daß die Spirochaete pertenuis ebenso wie die pallida auch viszerale Läsionen bewirken kann.

Hudelo und Adelmann: **Über die Behandlung des Lupus und gewisser atypischer Hauttuberkulosen mit Einspritzungen von Ceriumsalzen und die heftigen Reaktionen, die sie hervorrufen können** (Du traitement des Lupus et de certaines tuberculoses cutanées atypiques par les injections de sels de terres cériques, et des réactions graves, quelles peuvent provoquer). Die seit etwas über einem Jahre eingeführte neue Behandlungsmethode hat zwar in einer Reihe von Fällen gute und schnelle Erfolge gegeben, jedoch auch öfters versagt und Fortschreiten nicht verhindern können, vor allem aber nicht selten plötzliche schwere Reaktionen im Gefolge gehabt. Dieselben traten teils während der Kur, teils während der Ruhepausen ein und bestanden in örtlichem Wiederaufflammen der behandelten Herde, sowie akutem Auftreten anscheinend bisher latenter auch viszeraler Herde; sie waren bisweilen passager, stellten aber in einzelnen Fällen auch schwere Komplikationen dar. Die Erscheinungen erinnern an die bei den ersten Versuchen mit dem Kochschen Tuberkulin gemachten Erfahrungen. Es muß daher die Art und Dosierung der Medikation noch einem eingehenden Studium unterworfen werden.

Sitzung vom 17. Mai 1921 (abends).

W. Dubreuilh: **Atrophische Alopezie** (Alopécie atrophique). Seit 6 Jahren allmählich zunehmende Entwicklung kahler Herde, die zum Teil konfluieren, unregelmäßige Begrenzungen zeigen. Ihre Haut ist weiß, glatt, ohne merkbare Verdünnung, die Follikelmündungen völlig verschwunden. Auf ihnen Gruppen von Haaren, die ebenso wie die der Umgebung gänzlich normal sind. Der Fall gehört in die Gruppe der Pseudopelade Brocq.

W. Dubreuilh: **Zirkumskripte Sklerodermie und Morbus Basedow** (Sclérodermie circonscrite et goître exophtalmique). Basedow seit 5 Jahren, seit 2 Jahren an den Beinen symmetrische, sich allmählich vergrößernde Plaques, für die die Bezeichnung Sklerodermie im weitesten Sinne in Anspruch genommen wird, da sie nicht dem gewöhnlichen Aussehen der Morphaea gleichen. In der Besprechung wird auf den Zusammenhang der Sklerodermie mit Störungen in der Thyreoidea hingewiesen und Röntgenbehandlung dieser empfohlen.

W. Dubreuilh: **Bläscheneruption an der Vorhaut** (Eruption bulleuse du prépuce). An der Vorhaut eines 85jähr. Mannes treten unaufhörlich unter starkem Jucken Bläschen auf, denen flache Erosionen mit Pseudomembranen folgen. Es handelt sich vielleicht um eine lokalisierte Form von Dermatitis herpetiformis.

W. Dubreuilh: **Lympho-Granuloma.** Seit vielen Jahren im Frühjahr auftretende Bläscheneruptionen an den Handflächen, geringer an den Fußsohlen, seit kürzerer Zeit umschriebene lichenifizierte Plaques an den Ellbogen und in den Kniekehlen. Große weiche indolente Drüsenschwellungen in den in den Regiones epitrochleares und im Scarpaschen Dreieck, von Zeit zu Zeit fluktuierend, Eiter und bräunliche Flüssigkeit absondernd, Fisteln hinterlassend. Ähnlicher Tumor vor dem rechten Ohr, zahlreiche kleine, harte Drüsen in den Achseln. Blutbefund: polynukleäre neutrophile Leukozyten 51%, mittlere und große Lymphozyten 41%, große mononukleäre 3%, dieselben mit gelapptem Kern 2%, Eosinophile 2%.

W. Dubreuilh: **Allgemeine Hypertrophie der Finger nach Frostbeulen** (Hypertrophie des doigts consécutive aux engelures). 18jähr. junger Mann, seit dem vierten Lebensjahre Frostbeulen (ebenso wie bei der Mutter und dem Urgroßvater). Dann allmähliche Entwicklung des jetzigen Zustandes: Finger sehr lang (radiologisch starke Verlängerung der beiden ersten Phalangen), Umfang auf das Doppelte vergrößert, Haut an der Oberfläche sehr weich und sukkulent, in der Tiefe geschwollen und induriert, glatt, kalt; einige Angiokeratome.

Digitized by Google

W. Dubreuilh: **Prurigo lymphadénique.** Am ganzen Körper Eruption von rötlichen miliaren und lentikulären, zum größten Teil exkoriierten Papeln; dauerndes starkes Jucken. Allgemeine Drüsenschwellung, die Drüsen sind hart, verschieblich. Leber und Milz vergrößert. Blutbefund: 94% kleine und mittlere Lymphozyten, keine kernhaltigen Erythrozyten, keine Volumenunterschiede derselben, Globulin vermindert.

W. Dubreuilh: **In Heilung befindliche Sporotrichosis** (Sporotrichose en voie de guérison). WR positiv. Hg und Salvarsan ohne Erfolg, Heilung auf JK.

W. Dubreuilh: **Epidermophytie des Fußes unter dem Bilde eines gewöhnlichen Ekzems** (Epidermophytie du pied à forme d'eczéma banal). Pilze in den Schuppen.

W. Dubreuilh: **Mit Röntgenstrahlen behandelter Lupus** (Lupus tuberculeux, traitement radiothérapique). Ausgedehnte Erkrankung im Gesicht, am Hals, an der Mundschleimhaut. Rote, weiche, gelatinöse Schwellungen. Heilung in 2 Jahren. In anderen Fällen mäßige oder keine Erfolge. Die Röntgenbehandlung ist indiziert bei tiefem infiltriertem Lupus der Nase, der mit chirurgischen Mitteln oder Ätzungen nicht erreicht werden kann.

W. Dubreuilh: **Aktinomykose im Gesicht und am Nacken** (Actinomycose cervico-faciale). Im Eiter typische kleine gelbe Körner.

W. Dubreuilh: **Tertiäres Syphilid am Bein** (Syphilis tertiaire de la jambe).

Peters: **Fall zur Diagnose; Prämykose?** (Cas pour diagnostic; Prémycosis?).

Thibierge und P. Legrain: **Perionychie und Melanonychie gewerblichen Ursprungs durch Berührung mit Zuckerwaren** (Périonyxis et Mélanonychie professionelles par contact de matières sucrées). Beschäftigt mit Verpacken von Zuckerwaren, die Veränderungen sind andere als die bei Konditoren zustande kommenden. Die im Gefolge der Perionychie eingetretene Deformierung der Nägel ist begleitet von einer fleckförmigen Schwarzfärbung; sie beginnt im Niveau periunguealer Fissuren anscheinend im Anschlusse an ungueale oberflächliche Fissuren. In der Besprechung wird der Verdacht des Vorliegens einer Onychomykose geäußert.

G. Thibierge und Hufnagel: **Totale Leukonychie dreier Nägel derselben Hand** (Leuconychie totale de trois ongles de la même main). Die Lunula erscheint blaßrot, fast normal, der übrige Nagel völlig weiß, von kreideartigem Aussehen, mit horizontalen und vertikalen Streifen. Beim Abschaben der Oberfläche verschwindet die Weißfärbung.

M. Peters: **Heftiger Pruritus und allgemeine exfoliative Erythrodermie tuberkulösen Ursprungs. Diffuse tuberkulöse Hepatitis** (Prurit féroce et Erythrodermie exfoliante généralisés d'origine tuberculeuse. Tuberculose hépatique diffuse). An der Hand dreier Fälle wird auf die Möglichkeit der Beziehung zwischen viszeraler und ganglionärer Tuberkulose zu gewissen Formen von heftigem, hartnäckigem Jucken hingewiesen.

Milian und Mouquin: **Arsenerythem mit Ödem** (Erythème arsenical œdémateux). Die Erscheinungen traten im Anschlusse an eine Salvarsanbehandlung auf, sie sind als eine chronische nitroide Krise aufzufassen. Salvarsan ist im Gegensatz zum metallischen Arsen kein Gift für die motorischen oder sensiblen Nerven, sondern für den Sympathicus, besonders für die motorischen Endigungen der glatten Fasern.

Bousquet und Peters: **Ikterus und Nephritis nach Salvarsan durch Lokalisation in Leber und Niere; Heilung durch Quecksilber** (Ictère et néphrite post-arsenobenzoles par hépato-néphro-fixation; guérison par le traitement mercuriel). Im Gefolge wiederholter Salvarsanbehandlung Ikterus, allgemeine Ödeme, Aszites, Oligurie, keine Albuminurie. Unter Behandlung mit Quecksilberbenzoat schnelle Heilung. Die Rolle der Syphilis erscheint in diesem Falle nicht zweifelhaft.

Arnozan, Peters und Damade: **Tödlicher Ikterus nach Salvarsan durch Intoxikation** (Ictère mortel post-arsenobenzolique par intoxication). Nach der dritten Salvarsaneinspritzung (0,15—0,3—0.45) schwere nitroide Krise, eine Stunde dauernde Synkope, am darauffolgenden Tage Ikterus, keine Albuminurie; der Ikterus nimmt rapide zu, am vierten Tage Albuminurie, am siebenten Tage Exitus. Die Sektion ergibt ausgeheilte tuberkulöse Herde in der Lunge. Leber groß, gelb, weich, verfettet; mikroskopisch neben akuter Kongestion alte Veränderungen von Fettmetamorphose. Der Eintritt der Intoxikation ist auf die Tuberkulose und die Leberinsuffizienz zurückzuführen. — Im Anschluß an die beiden Fälle folgt eine längere Aussprache über die Beziehungen zwischen Syphilis, Salvarsan und Ikterus, in der besonders Milian seine Anschauungen auseinandersetzt. Er betont die außerordentlich geringe Zahl der toxischen Fälle; die

Digitized by Google

viel zahlreicheren übrigen (paratherapeutischen) sind zu sondern in die 4 Wochen und länger nach der Behandlung eintretenden, zu einer Zeit, wo das Arsen lange ausgeschieden ist (infektiöser Ikterus, Leberzirrhose, Pankreaskarzinom, Leberkolik oder häufiger syphilitisches Leberrezidiv), und die während der Behandlung sich einstellenden. Diese können entweder mit anderen Symptomen einer Arsenintoxikation verbunden sein (nitroide Krise, Erytheme) oder als isolierter Ikterus auftreten, dann ist eine Indoxikation ausgeschlossen.

E. Bodin: **Ikterus im Gefolge der Salvarsanbehandlung der Syphilis** (Les ictères au cours du traitement de la syphilis par le novarsénobenzol). Aus der Gegenüberstellung verschiedener größerer Serien wird geschlossen, daß ein Zunehmen der Ikterusfälle bei steigender Gesamtdosis des Salvarsans durch Verlängerung der Kur eintritt und daß vor allem die Wahl des Medikamentes eine Rolle spielt (Fehler der Zubereitung).

Barguès: **Lokalisierte nitroide Krisen** (Crises nitroides localisées). Sie sind scharf auf einen Nervenbezirk begrenzt, gutartig und vorübergehend. Sie treten einige Stunden oder Tage nach der Einspritzung ein, können sich bei jeder weiteren Einspritzung wiederholen. Die beobachteten Nervenstörungen waren lokalisiert am Plexus brachialis (Ödem am Dorsum der Hand, Gelenkschmerzen, Paralysen oder Paresen), Hypoglossus, Corda tympani.

W. Dubreuilh: **Diffuses Elastom des Gesichts** (Elastome diffuse de la face). Es handelt sich um eine bei einem 66jähr. Manne nach einer Röntgenbehandlung eines Ulcus rodens aufgetretene Veränderung der Gesichtshaut. Das fibröse Gewebe ist fast völlig geschwunden und durch ein dichtes Lager elastischen Gewebes ersetzt. Darier hält nur eine Steigerung eines bei alten Leuten gewöhnlichen Zustandes der Gesichts- und Nackenhaut für vorliegend.

Sitzung vom 18. Mai (morgens).

Roscher: **Zwei Beobachtungen von Hautüberpflanzungen nach der italienischen Methode bei störenden Narben der Ellenbeuge** (Deux observations de greffe italienne par cicatrice vicieuse du coude). Die gestielten Lappen wurden aus der Seite und der Fossa iliaca entnommen; sehr gutes funktionelles Resultat.

Roscher: **Autoplastik wegen Inkontinenz bei einem Knaben mit Spina bifida** (Autoplastie d'appui pour incontinence d'urine chez un garçon atteint de spina bifida).

Roscher und Lasserre: **Lymphangioplastik nach Walther wegen lymphangiastischen Ödems der unteren Extremität** (Lymphangioplastie à la „Walther" pour oedème éléphantiasique du membre inférieur).

Dubreuilh: **Fünf Fälle von symmetrischer Gangrän der Extremitäten** (Cinq cas de gangrène symètrique des extrémités). Narben an den Fingern als Residuen von stets im Winter auftretenden Krisen.

Dubreuilh: **Leiomyome der Haut** (Myomes à fibres lisses de la peau). Zahlreiche Geschwülste am Rücken eines 56jähr. Mannes. Typischer mikroskopischer Befund. Frage der Wirksamkeit der Röntgenbehandlung.

Dubreuilh: **Rhinophyma nach der Methode der Dekortikation operiert** (Acné hypertrophique du nez opérée par la méthode de la decortication). Die in lokaler Anästhesie auszuführende Operation, die in Fortnahme alles Überflüssigen und Modellierung einer normalen besteht, gibt vorzügliche Resultate.

Dubreuilh: **Interstitielle Knochenresorption bei Lepra** (Résorption interstitielle des os dans la lèpre). Dieses sehr seltene, ohne Nekrose und Abstoßung zustande kommende Schwinden von Knochen wird an den Metatarsalknochen des Skelettes eines Leprösen gezeigt.

Louis Ferron: **Kongenitales Lymphangiom der rechten Leisten- und Schenkelgegend** (Lymphangiome congénital de la région inguino-crurale droite). Zoster am Bauch, Skrotum und den Leistengegenden. Starke Vergrößerung des rechten Beines durch hartes Ödem. Verdickung der rechten Leistengegend, Drüsen im Scarpaschen Dreieck, entsprechend der Krümmung der V. saphena-Masse von der Konsistenz eines gekochten Eies.

Peters: **Hidradénomes éruptifs vom Typus Darier-Jacquet oder zystische gutartige, multiple Epitheliome nach Jacquet-Brocq** (Hidradénomes éruptifs du type Darier-Jacquet. ou Epithéliomes kystiques, bénins, multiples de Jacquet-Brocq). Auf Brust, Rücken, Kopf und im Gesicht zahlreiche, stecknadelkopf- bis bohnengroße, rundliche oder ovale, derbe, rosafarbene und bräunliche, indolente Tumoren. Schwinden

Digitized by Google

des größten Teils unter Röntgenbehandlung. Darier glaubt, daß es sich eher um Zylindrome handelt.

Dubreuilh: Krankenvorstellungen (**Onychorexis, papulo-nekrotische Tuberkulide,** mit Transplantation behandelter **Lupus** des Handgelenkes, **Glossite losangique médiane**).

Petges: **Vorzeigung eines praktischen Zungenspatels** (Présentation d'instrument: Abaisse-langue pratique). Abbildung des in zwei Formen aus vernickeltem Eisendraht hergestellten Instrumentes.

J. Vitrac, H. Verger und F. Piéchaud: **Fall von Syringomyelie unter dem Bilde von Gelenkerkrankungen** (Un cas de Syringomyélie à symptomatologie arthropathique).

Roscher und Petges: **Lokale regionäre Anästhesie in der dermatologischen Chirurgie bei Kindern** (Anesthésie locale et régionale en Chirurgie dermatologique infantile). Empfehlung von Kokain, das von Kindern viel besser vertragen wird wie von Erwachsenen.

Sabrazès: **Trophödem der Beine in großen hervorragenden symmetrischen Plaques bei einem Falle von Basedow** (Trophödème des jambes en vastes placards saillants et symétriques dans un cas de goître ophthalmique). An den Unterschenkeln $^1/_2$—2 cm erhabene, scharf begrenzte, ovaläre, lebhaft rote Plaques mit glatter, stellenweise etwas gefeldeter Oberfläche; sie ähneln der Sklerodermie en plaques, stellen vielleicht eine Vorstufe derselben dar. Beim Einstechen entleert sich weder Serum noch Fetttropfen, sondern Blut.

Pacou: **Subkutane Terpentininjektionen bei der Behandlung einiger venerischer Hautinfektionen** (Injections sous-cutanées d'huile térébinthinée dans le traitement de quelques infections vénériennes et cutanées). Sehr gute Erfolge bei Komplikationen des Trippers, Schankerbubonen, Staphylokokkenerkrankungen der Haut. Die Wirkung ist jedoch zu unsicher, als daß man sich allein darauf verlassen könnte.

P. Rigaud: **Die Bedeutung der Lokalisierung der erworbenen Syphilis am inneren Ohr** (Importance des localisations de la syphilis acquise sur l'oreille interne). Die Syphilis des inneren Ohres ist eine sehr häufige Erscheinung, die unter den Formen der S. acustica, vestibularis, cochleo-vestibularis auftritt. Labyrinthitis und Neuritis acustica sind häufig mit Erscheinungen am Fazialis verbunden. Die Akustikuserscheinungen treten besonders im Beginn der Syphilis auf, deren einziges Symptom sie darstellen können, vornehmlich bei Syphilis gravis; in den späteren Stadien macht die Syphilis chronische progressive Labyrinthitis. Die Neurorezidive im allgemeinen und Erscheinungen am Gehörorgan im besonderen sind unter der Einwirkung einer ungenügenden und schlecht geregelten Behandlung eintretende Syphiliserscheinungen. Bei Erkrankungen des inneren Ohres muß mehr als bisher an Syphilis gedacht werden.

C. Laurentier: **Arsenstomatitis** (Stomatite arsenicale). Unter kombinierter Quecksilber-Salvarsanbehandlung trat ziemlich akut schwere Stomatitis und Angina auf; nach Abklingen der Erscheinungen auf reine Salvarsanbehandlung erneute Stomatitis und Dermatitis. Die Arsenstomatitis befällt oft (nicht immer) das Zahnfleisch in geringerem Maße als die übrige Mundschleimhaut, während bei Hg in erster Linie das Zahnfleisch befallen ist. Charakteristisch für Arsen als ätiologischen Faktor sind Konjunktivitis und Otitis, palmare und plantare Hyperkeratosen im Anschlusse an Hauteruptionen, Fieber, das bei Quecksilberintoxikation fehlt; die bei Hg oft allein vorhandene Stomatitis ist bei As gewöhnlich mit anderen Erscheinungen verbunden. Die Prognose der medikamentösen Arsenintoxikation ist meist gut, die Erscheinungen gehen oft rapide zurück.

Marcel Pinard: **Sogenannte tardive kongenitale Syphilis. Erste Erscheinungen im Alter von 78 Jahren diagnostiziert** (Héredo-syphilis „dite" tardive. Premiers accidents diagnostiqués à 78 ans). Der Kranke, Arzt, hatte während seines ganzen Lebens verschiedenartige Erscheinungen, die er auf die Syphilis seines Vaters bezog, und deren Behandlung er für zwecklos hielt. Zwei seiner Söhne, gleichfalls Ärzte, zeigen Gedächtnisstörungen, Stimmungswechsel, die sie auch mit der Syphilis des Großvaters in Zusammenhang bringen. Tardiv ist im Grunde nicht die Syphilis, sondern die sichere Diagnose.

Nancel-Pénard: **Notiz über die Röntgenbehandlung der Warzen der Fußsohle** (Note sur le traitement des verrues plantaires par la radiothérapie). Die Behandlungsart ist als Methode der Wahl zu bezeichnen, sie ist allen anderen dadurch

Digitized by Google

überlegen, daß sie schmerzlos ist und den Kranken nicht in seiner Bewegungsfähigkeit behindert. Vorhandene Schmerzen schwinden meist in wenigen Tagen.

A. Nanta: **Einige Ursachen von Versagern bei der Vakzinetherapie der Urethritiden** (Quelques causes d'erreur dans la vaccinethérapie des uréthrites). Jede blennorrhoische oder nichtblennorrhoische Urethritis, die auf gewöhnliche Weise nicht geheilt wird, muß der Vakzinetherapie unterworfen werden, deren Erfolge allerdings noch sehr unsicher sind. Versager sind besonders auf zwei Ursachen zurückzuführen, auf eine mangelhafte bakteriologische Diagnose oder auf zu einförmige Methode der Anwendung. So heilt die Blennorrhoe bisweilen nicht auf schwache oder starke Dosen von Stockvakzine oder schwache Dosen von Autovakzine, jedoch auf massive Dosen (vier- bis fünfmal 18 Milliarden Keime).

Sitzung vom 18. Mai 1921 (abends).

G. Thibierge und Pierre Legrain: **Die Wassermannsche Reaktion beim weichen Schanker.** Von Wichtigkeit ist die Feststellung der Dauer der Infektion und der Tatsache, ob es sich etwa um alte Syphilitiker handelt. Es ist deshalb für die Diagnose eines Ulcus mixtum erforderlich, daß eine erste Untersuchung so frühzeitig stattgefunden hat, daß ihr negativer Ausfall das Vorliegen einer alten Syphilis ausschließt.

Louis Queyrat: **Über eine neue Behandlungsmethode des weichen Schankers** (Sur un nouveau traitement des chancres simples). Empfehlung der von Pick und Jacobson für die Färbung der Streptobazillen angegebenen Lösung, und zwar im Verhältnis von 7 Teilen Ziehlscher Fuchsinlösung auf 3 Teile 10%ige wäßrige Methylenblaulösung, mit der der Schanker sorgfältig in allen Vertiefungen und Ausbuchtungen ausgewischt und bedeckt wird. Im Anschluß daran verwirft Voitr. die antisyphilitische Behandlung eines jeden Schankers — wofern nicht Verkehr mit sicher syphilitischer Person einwandfrei nachgewiesen ist —, worin ein großer Teil der Anwesenden (Thibierge, Darier, Audry, Hudelo, Pinard) ihm beistimmt.

Ch. Audry und S. Chatelier: **Syphilis d'emblée unter dem Bilde eines Bubo** (Syphilis à bubon d'emblée). Fünf Fälle, in denen eine heftige vereiterte oder erweichte inguinale Polyadenitis die erste Manifestation einer Syphilis darstellte, die nur durch Zufall oder durch positive WR gefunden wurde. Die Punktion der Drüsen zum Zwecke des Spirochätennachweises wurde verabsäumt. Man kann theoretisch und vielleicht auch praktisch folgende Formen von Syphilis ohne Schanker aufstellen: 1. Syphilis mit unmittelbar hämatogener Infektion (die in der Besprechung abgelehnt wird); 2. Syphilis mit perkutaner Infektion, und zwar teils bei vorher bestehender erosiver Läsion (weicher Schanker, Balanitis), teils bei so geringer initialer histologischer Reaktion, daß es nicht zu einem sichtbaren Schanker kommt. Milian meint, daß es sich auch um Bubonen durch irgend welche pyogene Mikroben bei alten Syphilitikern mit positiver WR handeln könne.

Peters: **Generalisierter akuter Lichen planus bei einem Kinde von 15 Monaten** (Lichen plan aigu généralisé chez un enfant de 15 mois). Typische Eruption; Behandlung mit 1%iger Karbolzinkpaste, Heilung in einem Monat. Darier betont, daß die in neuerer Zeit gar nicht so selten beobachteten Fälle bei Kindern im ersten Lebensjahre gegen die Beziehung von Lichen planus zu Gemütsbewegungen sprechen.

Goubeau: **Eine neue Behandlung des seborrhoischen Ekzems** (Un traitement nouveau des eczémas séborrhéiques). Empfehlung des Tetrachlorkohlenstoffes, besonders für rebellische Fälle. Eine gewisse Vorsicht ist bei seiner Anwendung erforderlich.

Peters: **Ein Fall von Creeping disease bei einem Kinde von 20 Monaten, schnelle Heilung unter Anwendung von Jod-Chrysarobinsalbe** (Un cas de Creeping disease chez un enfant âgé de 20 mois, guérison rapide par des applications de pommade à l'iode chrysarobine). Darier ist erstaunt darüber, daß das Jod die in der Tiefe des Papillarkörpers liegenden Gänge erreichen soll.

Peters: **Naevus anaemicus (oder Vitiligo um einen Nävus herum)** (Nævus achromique [ou Vitiligo périnævique]). Sehr seltene Fälle, in denen sich um einen Nävus von gewöhnlichem Aussehen eine depigmentierte Zone vom Aussehen einer Vitiligo findet. In letzterer keine Nävuszellen, diese sind in der pigmentierten Zone in beträchtlichen Mengen angehäuft und geben so das Bild eines beginnenden Epithelioms.

Marcel Pinard: **Die Ursachen des Mißlingens der Sterilisierung der Syphilis** (Les causes d'échec dans la stérilisation de la syphilis). Die Wahrscheinlichkeit des

Digitized by Google

Gelingens der Sterilisierung ist eine große, wenn prophylaktisch oder bei bestehendem (seronegativem oder seropositivem) Primäraffekt mit mindestens zwei, nicht zu lange auseinander liegenden Serien, genügend großer Salvarsandosen behandelt wird; in den späteren Perioden ist die Sicherheit eine geringere. Furcht vor den großen Dosen hat meningeale Syphilis im Gefolge. Ausgedehnte Aussprache, in der für die Gewähr einer Heilung eine zehnjährige Beobachtung gefordert und auf die Bedeutung der Reaktivierung hingewiesen wird. E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

d. Serologie.

Über eine kombinierte Sachs-Georgi-Wassermannsche Reaktion, von A. Stühmer und K. Merkweiler, Serolog. Abt. d. Univ.-Hautklin. Freiburg. (D. m. W., 1921, Nr. 20, S. 559.) Die von Keining (D. m. W., Nr. 6) bei dieser Kombination beobachteten Erscheinungen sind auch von ihnen festgestellt, erfahren aber eine andersartige Deutung. A. de Lemos-Hamburg.

Über eine kombinierte Sachs-Georgi-Wassermannsche Reaktion, von Egon Keining, Univ.-Hautklin. Bonn. (D. m. W., 1921, Nr. 6, S. 157—158.) Vorläufige Mitteilung. A. de Lemos-Hamburg.

Zur Kombination der Sachs-Georgi- und Wassermann-Reaktion, von Stefan Rothmann-Gießen. (D. m. W., 1921, Nr. 33, S. 952—953.) Die Hemmung der Hämolyse im ausgeflockten Serumextraktgemisch ist keine spezifische positive WR. Sie kann die Folge physikalischer Komplementadsorption durch makroskopische Flocken sein. F. Harry-Berlin.

Über die chemische Zusammensetzung der Flocken bei der Sachs-Georgi-Reaktion zum Nachweis der Syphilis, von M. Klostermann und W. Weisbach-Halle. (D. m. W., 1921, Nr. 37, S. 1092—1094.) Die Flocken bestehen größtenteils aus Lipoiden. Die Eiweißmenge ist scheinbar sehr gering. Kolloidchemisch ist dagegen das Globulin als starkes Agens anzusehen. Die Globuline umlagern und entladen die elektrisch negativ geladenen Extraktteilchen. Sie dienen als Fällungsmittel, während das Extraktkolloid das gefällte Kolloid darstellt. F. Harry-Berlin.

Über die gleichartige chemische Natur der bei verschiedenen Flockungsreaktionen auftretenden Flocken, von Paul Niederhoff-Frankfurt. (Arb. a. d. Staatsinst. f. exp. Ther. u. d. Georg Speyer-Hause zu Frankfurt, Heft 12. Verlag Gustav Fischer, Jena, 1921.) Verf. weist nach, daß die Reaktionsprodukte der heterogenetischen Antikörperreaktion nach Sachs-Guth ebenso wie die Flocken der SGR, der Reaktion nach Meinicke und der Diphtherietoxin-Antitoxin-Reaktion nach Georgi hauptsächlich aus Extraktlipoiden bestehen. F. Harry-Berlin.

Über das biologische Verhalten der beim serologischen Luesnachweis entstehenden Flocken, von H. Sachs und H. Sahlmann-Heidelberg. (D. m. W., 1921, Nr. 37, S. 1083—1085.) In den Flocken ist der größte Teil der antikomplementären Wirkung enthalten. Durch Erhitzen auf 100° geht die antikomplementäre Wirkung verloren. Der Flockenniederschlag wirkt auch nach dem Auswaschen etwa anhaftender Serumreste noch antikomplementär. Die biologische Analyse der Flocken einerseits und der nach dem Zentrifugieren der Flocken erhaltenen Flüssigkeit andererseits ergibt, daß die Flocken vorwiegend aus Extraktbestandteilen, zum kleinen Teil aus Serumbestandteilen bestehen. Die Flocken sind ihrer chemischen Natur nach Globuline. Dafür spricht die Labilität gegenüber hohen Temperaturen. Das Zustandekommen der Flockenbildung erklären sich die Verf. so, daß eine Globulinveränderung eintritt, die durch geeignete Extrakte so weit verstärkt wird, daß es zur Ausflockung der mit einer Globulinschicht beladenen Extraktbestandteile kommt. F. Harry-Berlin.

Über die Verwendung des Kollargols zur Untersuchung des Liquor cerebrospinalis, von Philipp Ellinger-Heidelberg. (B. kl. W., 1921, Nr. 34, S. 1001.) Für die Ausflockungsreaktion hat sich das Kollargol als brauchbar erwiesen, auch weil es stets in gleicher Konzentration und Empfindlichkeit darzustellen ist. Reaktionsverlauf und Stärke sind abhängig von der Kollargolkonzentration. Ein weiterer Vorzug besteht darin, daß schon nach ganz kurzfristiger Beobachtung das Ergebnis abzulesen ist. Bei

Digitized by Google

den angestellten Versuchen mit Kollargol zeigen diese ein charakteristisches Verhalten bei syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Daraus ist nicht etwa der Schluß zu ziehen, daß es sich bei der Kollargolmethode um eine für Lues charakteristische Reaktion handelt. G. Heymann-Elbing.

Über vaskuläre und meningitische Form der Goldfällungskurve, ihre Anwendung auf die Klinik, von R. Löwy, R. Brandt und F. Mras-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 7, S. 199—201; Nr. 8, S. 230—232.) Die bei verschiedenen Infektionskrankheiten hervortretenden nervösen und besonders meningealen Erscheinungen haben schon lange die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich gezogen, und es ist besonders auf die oft merkwürdige Diskrepanz zwischen den klinischen Vorgängen und dem anatomischen Befund hingewiesen worden. Verff. haben nun an der Hand eines größeren klinischen Beobachtungsmaterials unter Verwendung der Goldsolreaktion der Frage näher zu treten versucht. Zur Untersuchung kamen Grippekranke mit meningitischen Erscheinungen, Fleckfieberfälle, sowie Fälle von Scharlach, Meningitis verschiedener Art, Herpes zoster u. a. Schon die Grippekranken zeigten Verschiedenheiten in bezug auf die Reaktion, indem dieselbe teils negativ ausfiel, teils ein Maximum bei $^1/_{80}$ in blau bzw. in blauweiß, teils ein solches bei $^1/_{320}$ und $^1/_{640}$ in violett aufwies, und ähnliche Verhältnisse zeigten sich auch beim Typhus exanthematicus, was mit der Auffassung von dem Vorhandensein eines vaskulären im Gegensatz zu einem meningitischen Typ übereinstimmen würde. Beim Übertragen der Untersuchungsmethode auf die Meningitis berücksichtigten Verff. die seröse Form derselben und versuchten Anhaltspunkte zu gewinnen für den Nachweis einer lokalisierten Gefäßerkrankung auf Grund eines typischen Verhaltens der Goldsolkurve. Die in ihren Hauptzügen mitgeteilten Krankengeschichten lassen erkennen, besonders daß allerdings markante Unterschiede bestehen können, so daß der Reaktion zweifellos ein diagnostischer Wert zukommt. Des weiteren wird ausgeführt, daß in bezug auf die Goldsolfällung sich im Liquor teils fällende, teils schützende Komponenten befinden, und daß die positive Reaktion vom Typus der luischen Kurve den Ausdruck einer einseitigen Vermehrung fällender Kräfte darstellt, während die Reaktion vom Typus der meningitischen Kurve der Ausdruck eines mehr oder weniger gleichmäßigen Zustroms schützender und fällender Elemente in den Liquor offenbar auf dem Wege der entzündlichen Exsudation ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Liquorbefunde bei normalen und syphilitischen Kaninchen (1. Mitteilung), von F. Plaut und P. Mulzer-München. (M. m. W., 1921, Nr. 27, S. 833.) Mittels der von Plaut ausgearbeiteten Methoden wurde gefunden, daß syphilitische Kaninchen zu einem erheblichen Teile krankhafte Liquorveränderungen zeigen, welche außerordentlich lange anhalten. Die therapeutischen Versuche haben widersprechende Resultate ergeben. Die Versuche, mit Paralysematerial zu impfen, schlugen fehl.
A. v. Notthafft-München.

Über Liquorbefunde bei normalen und syphilitischen Kaninchen (2. Mitteilung), von F. Plaut und P. Mulzer. (M. m. W., 1921, Nr. 38, S. 1211.) Mit einem „Münchener" Spirochätenstamm geimpfte Kaninchen hatten zum Teil bereits nach 5 Wochen deutliche Zellvermehrung des Liquor, von 5 mit einem „Frankfurter" Stamm geimpften hatte nur eines, verspätet und vorübergehend, dieses Bild gezeigt. Umgekehrt haben die „Münchener" Kaninchen schwerere und rascher sich entwickelnde Hodensyphilis gezeigt als die „Frankfurter". Es wäre nachzuprüfen, ob Spirochätenmaterial von verschiedenen Syphilisformen sich auch verschieden zum Liquor verhält. Die Liquorveränderung ist als Ausdruck syphilitischer Prozesse im Zentralnervensystem aufzufassen.
A. v. Notthafft-München.

e. Therapie.

Spirochätotropie und Luesprophylaktika, von J. Scherbschewsky u. W. Worms. (D. m. W., 1921, Nr. 7, S. 176—177.) Verff. haben Versuche angestellt, um die Wirksamkeit verschiedener Luesprophylaktika zu prüfen. Es wurden untersucht die Neisser-Siebertsche Salbe, Virocreme, Spirogon, die 33%ige Kalomel-Lanolinsalbe und Duanti, eine Chininum-Muriaticum-Salbe (Merck). Es wurde die Wirkung dieser Mittel geprüft beim Infektionsversuche am Tier und die Einwirkung nach Auftragen der Salben auf syphilitische Effloreszenzen, auf die Zahl und Virulenz der Spirochäten im Dunkelfeldpräparat vor und nach der Salbenbehandlung. Es zeigte sich, daß diese Schutzmittel alle wenig zuverlässig wirken. Die besten Resultate ergaben die neue Chininsalbe und, frisch hergestellt, die Neisser-Siebertsche Schutzcreme, während der Inhalt älterer

Digitized by Google

Tuben keinen geeigneten Schutz gewährte. Nach diesen Versuchen scheint die Merckschе Chininsalbe ein wirksameres, haltbareres Prophylaktikum darzustellen.
A. de Lemos-Hamburg.

Experimentelle Beiträge zur Syphilisprophylaxe, von Werner Worms-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 39, S. 1164.) Die therapeutische Unwirksamkeit eines Mittels schließt seine Wirksamkeit als Prophylaktikum nicht aus. Zur Erzielung der Prophylaxe ist eine stärkere Konzentration erforderlich. Das Prophylaktikum ist nach dem Koitus nach mechanischer Reinigung der Genitalien zu gebrauchen. G. Heymann-Elbing.

Die Syphilistherapie des praktischen Arztes, von Ernst Finger. (W. m. W., 1921, Nr. 1, S. 11—15.) Drei Grundfehler sind zu vermeiden: 1. Der Syphiliskranke darf nicht für sozial ungefährlich gehalten werden, sobald die äußeren Erscheinungen verschwunden sind (Spirochäten in Speichel, Spasma, Milch, Sklerosennarbe usw.). 2. Es darf mit der Behandlung nicht gewartet werden, bis sekundäre Symptome auftreten oder bis 3. die WR positiv wird. Das wichtigste ist also die Diagnose des Primäraffektes (Spirochätennachweis). Ehe die WR positiv wird, gelingt es dann „durch energische Quecksilber-Salvarsanbehandlung oder auch durch diese allein die Syphilis abortiv zu heilen". Eine „energische Kur" besteht etwa in 10—15 Spritzen Hydrarg. salicyl. (à 0,1) und 5—6 Neosalvarsan (3,0—4,0). Das Blut muß auch nach der zweiten (provozierenden) Salvarsaninjektion negativ bleiben. War das Blut schon positiv, so werden nur diejenigen die floride Sekundärsyphilis abwarten, welche an unersetzliche Immunvorgänge aus der spezifisch entzündeten Haut glauben. In jedem Fall ist dann eine chronisch intermittierende Folge energischer Kuren nötig. Intervall nicht länger als 3 Monate. WR muß negativ werden und über einige Kuren hin bleiben. Der Erfolg wird durch parenterale Fiebertherapie (Kyrle, Schreiber) verbessert. Bleibt in der Spätlatenz WR positiv (aus dem Liquor oder dem Knochenmark [Chiari] her), so soll energisch behandelt werden, aber nicht zu große Hoffnung auf Negativwerden entstehen. Pathologischer Liquorbefund, der im zweiten Syphilishalbjahr sehr häufig ist (75%), heilt bis ins vierte Jahr bis auf 30% aus. Und auch von diesen erkranken nur die Hälfte später klinisch am Zentralnervensystem. Weitere Untersuchungen müssen zeigen, ob wirklich der spätpositive Liquor durch Behandlung nur noch sehr wenig verbessert werden kann.
E. Riebes-Königsberg.

Die angeborene Syphilis und ihre Behandlung, von Heinrich Böing-Wastade. (B. kl. W., 1921, Nr. 20, S. 514.) Es ist unzulässig, von der WR sowohl die Diagnose als auch die Therapie abhängig zu machen. Verf. berichtet von einem Ehepaar, dessen Befinden bei positiver WR und langer antiluetischer Behandlung sich dauernd verschlechtert hat. Lues hat nicht bestanden. Besserung durch physikalisch-diätetische Therapie. An Hand eines Falles von Syphilis hereditaria tarda wird für luesinfizierte, bisher unbehandelte Mütter, Säuglinge und ältere Kinder der durch längere Zeit fortgesetzte Gebrauch kleinster Hg-Gaben in fast homöopathischer Dosis empfohlen. Dauer der Kur $^1/_2$—1 Jahr.
G. Heymann-Elbing.

Zur Abortivbehandlung der Syphilis, von Fritz Lesser-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 17, S. 474.) Der von Blanck in Nr. 13 der D. m. W. mitgeteilte Fall von mißlungener Abortivbehandlung ist ein Beweis für die Gefahren der einschleichenden Salvarsantherapie für seronegative Luesfälle. — Durch „Anbehandeln" (Hg-Vorbehandlung oder langsam steigende Salvarsandosen) wird keine Abtötung der Spirochäten erzielt, sondern Umbildung in Resistenzformen und Giftfestigkeit, wogegen dann die später folgenden stärkeren Dosen wirkungslos sind.
A. de Lemos-Hamburg.

Zur Kenntnis der gegen Salvarsan refraktären Syphilis, von W. Lutz, Hautklinik Basel. (Schweiz. m. Wchr., 1920, Nr. 38.) Die erste Krankengeschichte betrifft einen Pat. mit Lues II. der nach einer Kur von 1,05 g Hg und 2,1 g Neosalvarsan luetische Meningitiserscheinungen bekommt. Dieselben gehen auf intensive Schmierkuren und Neosalvarsaninjektionen nicht zurück und es erfolgt Exitus an Leptomeningitis syphilitica (Sektionsbefund). Die zweite Krankengeschichte betrifft einen Pat., der während und nach Hg-Neosalvarsankuren immer wieder Schleimhaut- und Hautrezidive zeigt. Der Verf. glaubt die Unwirksamkeit des Neosalvarsans auf eine nicht genügende Tätigkeit des Organismus, das eingeführte Salvarsan zu aktiven Körpern umzuformen, zurückzuführen. Erworbene Arsenfestigkeit von Spirochätenstämmen lehnt Verf. auf Grund der zweiten Krankengeschichte ab, da die Trägerin der Infektionsquelle, sowie zwei an derselben Quelle infizierte Pat. auf Salvarsan gut reagierten, und die Braut des Pat., die während der Behandlung desselben sich infizierte, auch gut auf Salvarsan ansprach.
E. Hornemann-Lüneburg.

Digitized by Google

Die praktische Durchführung der Syphilistherapie, von J. Schäffer-Breslau. (M. Kl., 1921, Nr. 18, S. 537—539, u. Nr. 19.) Das hier Gebotene bildet einen Abschnitt aus dem demnächst in 5. Auflage erscheinenden Schäfferschen Lehrbuch der Haut- und venerischen Krankheiten und bringt dem Facharzt zwar nichts Neues, aber dem Praktiker eine klare und überzeugende Darstellung des heutigen Standpunktes der Wissenschaft auf diesem Gebiete. Eine gute Empfehlung für das Gesamtwerk.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Syphilisbehandlung, von G. Stümpke-Hannover. (M. Kl., 1921, Nr. 12, S. 337—340.) Eine völlige Lösung dieses Problems ist auch durch das Salvarsan und die WR nicht gebracht worden. Auch in der Behandlung der sog. primären seronegativen Syphilis werden Versager gemeldet, und Verf. beschreibt in Umrissen vier derartige Beobachtungen, bei denen trotz genauer Behandlung im Krankenhaus nur scheinbare Heilung erzielt wurde. Es ist demnach darauf hinzuweisen, daß auch nach Abortivbehandlung der seronegative primäre Luetiker noch als infektionsverdächtig unter Kontrolle bleiben muß. Bei den Fällen der späteren Stadien ist vor allem zu fordern, daß der negative Ausfall der WR nicht ohne weiteres als Beweis der erfolgten Heilung gelten darf, und namentlich ist Stellung dagegen zu nehmen, daß von den Laboratorien das Resultat direkt dem Patienten mitgeteilt werde. Dadurch wird durchaus nicht selten Anlaß gegeben, eine zweifellos noch nötige Behandlung zu unterlassen. Im allgemeinen besteht auch sonst gegenwärtig unter den Praktikern eine gewisse Neigung, die Behandlung allzu kurz zu gestalten. Verf. glaubt, daß es sich empfehlen dürfte, ähnlich dem Neisser-Fournierschen Schema, eine gewisse Norm der Behandlung aufzustellen, der zufolge man während der ersten zwei Jahre vier Kuren mindestens zur Durchführung bringt und erst dann je nach Indikation (auch unter Berücksichtigung der Lumbalpunktion) die Behandlung abbricht oder fortsetzt. Die ersten zwei Kuren würden zur Verabreichung von 5,0 Neosalvarsan und 12 Injektionen von Novasurol führen und in der Regel etwa zwei Monate beanspruchen. Die dritte und vierte Kur sind als reine Hg-Kuren anzusehen mit 15—20 Injektionen von Novasurol oder mit einer 6—8 wöchigen Schmierkur. Die Festlegung eines gewissen Schemas soll bezwecken, allgemeine Richtlinien aufzustellen und eine gewisse Einheitlichkeit der Behandlung herbeizuführen zur besseren Erkenntnis des Wertes derselben. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Neuere Probleme der Syphilisbehandlung, von Fritz Lesser-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 2, S. 39—41; Nr. 3, S. 67—69.) Das Ziel der Syphilisbehandlung ist die negative WR. Die positive WR beruht auf dem Vorhandensein von syphilitischen Gewebsveränderungen und deren Abbauprodukten im Blut. Spirochäten allein brauchen keine positive WR zu erzeugen, solange sie latent bleiben (wahrscheinlich als Ruheformen) und also kein syphilitisches Gewebe erzeugen. Sie können aber aktiv werden und dann Rezidive hervorrufen. Durch Hg allein wird die positive WR ganz langsam, der Menge des Mittels entsprechend, negativ. Der Organismus verträgt aber fast nie soviel Hg, um dies Ziel mit einer Kur zu erreichen. Die schließlich erreichte negative WR ist aber selten von Dauer, denn das Hg ist nicht imstande, die latenten Spirochäten anzugreifen, die dann eben häufig zu dem Umschlag und den Rezidiven führen. Außerdem wird Hg in heutiger Zeit sehr schlecht vertragen. Hg erreicht fast nie eine Abortivheilung der seronegativen Fälle, ebenso sind kaum je sichere Reinfektionen beobachtet. Beim Salvarsan dagegen wird die positive WR langsamer und unregelmäßiger negativ als beim Hg. Ist sie aber negativ, so ist dies von Dauer, denn Salvarsan greift syphilitisches Gewebe und Spirochäten an. Die seronegativen und die seropositiven Primärfälle sind fast alle durch Salvarsan abortiv zu heilen. In den übrigen Fällen sind die Rezidive selten. Reinfektionen sind häufig im Vergleich zur Hg-Behandlung. Bei den kombinierten Hg- und Salvarsankuren haben die Nachuntersuchungen vom Verf. ergeben, daß die WR weit häufiger in positiv umschlägt, als bei den ausschließlich mit Salvarsan behandelten Fällen. Das läßt sich so erklären, daß die WR durch Zuhilfenahme von Hg schneller negativ wird, als alle Herde vom Mittel getroffen sind und die Kur infolgedessen zu früh abgeschlossen wird. Bei einer reinen Salvarsankur tritt diese Täuschung nicht ein. Jedenfalls haben die Nachuntersuchungen ergeben, daß eine Kur von 5—6 Salvarsan- und 10—12 Hg-Spritzen bei frischer seropositiver Lues durchaus unzureichend ist als erste Behandlung. Die dadurch erzielte negative WR ist ein Scheinerfolg; dagegen führt die doppelte Zahl der Salvarsanspritzen ohne Hg zu einem Dauererfolg in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle. Bei seronegativer Lues ist vor allem die einschleichende und die verzettelte Salvarsanbehandlung die Quelle der anderweitig berichteten Mißerfolge. Lesser gibt in solchen Fällen Dos. III—IV, viermal in

Digitized by Google

dreitägigen Intervallen, dann die 5.—9. Injektion mit Pausen von je vier Tagen; bei weiteren erforderlichen Injektionen fünf Tage Pause. Blutuntersuchung vor der sechsten Spritze, ist die WR negativ, folgen noch drei Spritzen als Sicherheitsquote; ist sie positiv, wird die WR vor der neunten Spritze wiederholt. Über zwölf Injektionen geht L. nicht hinaus. Ist WR noch positiv, wird die Kur nach 2—3 Monaten wiederholt. Nicht das Salvarsan, nur die verzettelten Kuren leisten dem Entstehen der Neurorezidive Vorschub. Gegen die chronisch intermittierenden Kuren sprechen folgende Zahlen: Von 350 Pat. mit nur einer Hg-Kur waren nach 15—20 Jahren 44% negativ. Von 208 Pat. mit 4—7 Kuren waren nach dieser Zeit 53% negativ; also kein erheblicher Unterschied. In Betracht zu ziehen ist ferner dabei, daß eine erhebliche Zahl von Syphilisfällen ohne medikamentöse Behandlung im Laufe der Jahre (10—20) von selbst ausheilt. Verf. stellt sich auf denselben Standpunkt wie Scholz, daß 85% aller Syphilitiker, auch mit frischer Lues II, unnütz behandelt würden, wenn man ihnen nach gründlicher erster Kur und erreichter negativer WR noch eine zweite Kur aufnötigte.

A. de Lemos-Hamburg.

Die Behandlung der gastrischen Krisen, von Rembe-Ludwigshafen a. Rh. (M. m. W., 1921, Nr. 30, S. 945.) Bei einem Tabiker haben die gastrischen Krisen, die früher wöchentlich 1—2mal aufgetreten waren, auf paravertebrale Antipyrineinspritzungen nachgelassen und haben seit sieben Monaten vollständig aufgehört, nachdem $^3/_4$ einer Lösung von 5 g Antipyrin in 5 Wasser und 10 Alkohol zu beiden Seiten des 7.—10. Wirbels eingespritzt worden waren. A. v. Notthafft-München.

Zur Paralysebehandlung, von W. Fuchs-Emmendingen. (M. m. W., 1921, Nr. 34, S. 1084.) Fuchs schlägt vor, mit dem alizyklischen β-Tetrahydronaphthylamin als einem hyperpyrexieerzeugenden Mittel und eventuell mit Diathermie Versuche bei Paralyse zu machen, um ein für allemal zu entscheiden, ob das kalorische Moment als Heilfaktor bei dieser Krankheit in Frage kommt. A. v. Notthafft-München.

Die Behandlung der progressiven Paralyse und Tabes, von Wagner-Jauregg. (W. m. W., 1921, Nr. 27, S. 1209.) Verf. beschreibt die Impfung von Patienten mit Blut Malariakranker zur Erzeugung von Vakzinen im Körper. Durch anschließende Salvarsanbehandlung wird sowohl die Lues als auch die Malaria beeinflußt. Diese Behandlung setzt das Vorhandensein eines mit Malaria behafteten Kranken voraus, da die Konservierung von Malariavirus bisher noch nicht möglich gewesen ist. Bei der Tabes empfiehlt Verf. bei Versagen der Quecksilberkur eine kombinierte Quecksilber-Tuberkulinkur. Eine mäßige Salvarsanbehandlung ist damit zu verbinden.

G. Heymann-Elbing.

Endolumbale Salvarsantherapie der Lues des Zentralnervensystems einschließlich der Tabes dorsalis, von P. Berkenau. (Ther. Halbm., 1921, H. 16, S. 495—499.) Beobachtungen an zehn Kranken mit Lues cerebrospinalis und Tabes. Im allgemeinen gute Verträglichkeit der durch Gennerich eingeführten Behandlungsmethode, doch auch Klagen über heftige Kopfschmerzen, Erbrechen, einmal eine zwei Tage lang anhaltende Blasenlähmung. Keine Besserung der objektiven Symptome bei Tabes; Besserung der subjektiven Beschwerden einmal. Ein Vergleich mit den intravenös behandelten Tabesfällen zeigt keine Differenz. Bei Lues cerebrospinalis oft Besserung, doch auch Versager. Dauerbeobachtung fehlt. Bericht dreier Krankheitsfälle mit erfolgreicher intralumbaler Therapie. E. Hornemann-Lüneburg.

Experimentelle Untersuchungen zur Salvarsantherapie der Paralyse, von R. Weichbrodt, Psych. Univ.-Klin. Frankfurt a. M. (D. m. W., 1921, Nr. 3, S. 69—71.) Bei sämtlichen Paralytikern, die mit Salvarsanpräparaten intravenös behandelt waren, ist im Gehirn Arsen nachweisbar und in einem Fall sogar noch vier Monate nach der Kur. Die absoluten Arsenmengen im Gehirn sind geringer als die in der Leber, die als Arsenspeicher bekannt ist. Die Untersuchungen von Blut und Liquor nach intravenösen Salvarsaninjektionen zeigen, daß in den meisten Fällen erhebliche Arsenmengen auch in den Liquor übergehen, Mengen, die meist größer sind als diejenigen, die man bei intralumbaler Verabreichung überhaupt geben kann. Der As-Gehalt des Liquors scheint bei den einzelnen Salvarsanpräparaten verschieden groß zu sein, was durch Tierexperiment noch näher festzustellen ist. A. de Lemos-Hamburg.

Der Wert der Lichtbehandlung in der Luestherapie, von Karl Schindler-Hanau. (Strahlenther., 1921, Bd. 12, H. 3.) Der Verf. wendet sich gegen die Ausführungen von Hesse: „Rolle des Lichts in der Luestherapie" (Strahlenther., Bd. 12, H. 2). Bei Anwendung von Silbersalvarsan ohne Hg in Verbindung mit Schmierkuren mit Salizyl-Terpentinsalben, heißen Solbädern und Massagen, örtlichen und Allgemeinbestrah-

Digitized by Google

lungen mit Höhensonne zeigte sich, daß die physikalischen Hilfsmittel in keiner Weise den Ablauf oder die Heilung der Lues beeinflussen. Heilung ist vielmehr abhängig von einer inkommensurablen Größe, der Mitwirkung des Organismus des Kranken von einem Moment, ohne dessen Mithilfe alle Medikation machtlos ist (E. Finger). Von einer Schutzeinwirkung der Haut gegen Krankheiten innerer Organe (Hoffmann) kann nicht die Rede sein. Breigers Erfolge, der Heilung nur durch Höhensonne erzielte, schiebt Verf. auf autochthone Bildung von Immunkörpern, unabhängig von der Lichtbehandlung. Die Bestrahlung kann höchstens die Symptome günstig beeinflussen, für die Luestherapie ist sie absolut bedeutungslos. G. W. Unna-Hamburg.

Die Selbstheilung der Syphilis, von Fritz Lesser. (B. kl. W., 1921, Nr. 24, S. 638.) Das Quecksilber ist nicht ein Spirochäten-Tötungsmittel, sondern nur ein Heilmittel der konstitutionellen Syphilis. Alle kausalen Heilungen während der 400jährigen Quecksilber-Ära sind als Selbstheilung zu betrachten. Quecksilber wirkt spezifisch nicht auf die Spirochäten ein, sondern nur auf die syphilitischen Produkte. Das Salvarsan wirkt spirochätentötend und ermöglicht bei frühzeitiger Anwendung die sichere medikamentöse Heilung. G. Heymann-Elbing.

Über die gegenwärtig gebräuchlichen Quecksilberpräparate, von L. Hauck-Erlangen. (M. m. W., 1921, Nr. 33, S. 1051.) Kurze Besprechung der gebräuchlichsten Quecksilbermittel und ihrer Anwendungsmethode. A. v. Notthafft-München.

Beitrag zur Entstehung der merkuriellen ulzerösen Stomatitis und Tonsillitis, von Jakob Freundlich. (W. m. W., 1921, Nr. 15, S. 675—676.) Einseitige Stomatitis und Tonsillitis mercurialis links von einem kariösen Zahn ausgehend. E. Riebes-Königsberg.

Zosteriforme Hautnekrose nach intramuskulärer Einspritzung von Hydrargyrum succinimidatum, von J. Jadassohn. (M. m. W., 1921, Nr. 27, S. 852.) Verf. macht anläßlich der Mitteilung Saphiers darauf aufmerksam, daß in der Literatur mehrere Fälle von zosteriformer Hautnekrose nach Quecksilberinjektionen niedergelegt sind. Einen Fall konnte er selbst beobachten. Viermal in fünf Fällen waren lösliche Präparate die Veranlassung. Die Ursache dürfte wohl eine Gefäßverletzung abgeben, worauf sich dann die Wirkung der (arteriellen?) Blutung und der injizierten Flüssigkeit addierten, vielleicht auch lediglich ein schädigender Druck auf Nervenstämme eintrat. A. v. Notthafft-München.

Zosteriforme Hautnekrose nach intramuskulärer Einspritzung von Hydrargyrum succinimidatum, von Johann Saphier-München. (M. m. W., 1921, Nr. 31, S. 990.) Erwiderung auf die Ausführung von Jadassohn. Ein Teil der von diesen aufgezählten Fällen ermangelt des zosteriformen Charakters. A. v. Notthafft-München.

Über die Wirkung des Novasurols auf Blut und Diurese, von W. Nonnenbruch-Würzburg. (M. m. W., 1921, Nr. 40, S. 1282.) Die Eigenschaft des Quecksilbers, die Wasser- und Kochsalz-Ausscheidung zu verstärken, scheint dem Novasurol ganz besonders zuzukommen. Gaben von 2 ccm 10%iger Lösung wirken nur 10—12 Stunden, dann tritt wieder Wasser- und Kochsalzeinsparung ein. Es wirkt aber stärker als Theophyllin, weil es auch in dem auf andere Weise wasser- und kochsalzarm gemachten Organismus noch diuretisch wirkt. Die Steigerung des Wasser- und Kochsalztransportes von den Geweben nach der Niere ließ sich im Blute nicht erkennen. A. v. Notthafft-München.

Ein Todesfall nach einzeitig kombinierter intravenöser Neosalvarsan-Novasurolbehandlung der Syphilis nach Bruck, von Adolf Neustadt-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 28, S. 808—809.) Verf. berichtet über einen Fall von Salvarsantod bei einer 19jährigen im 7. Monat Graviden. Die Todesursache wird so erklärt, daß durch das Hg bei der zu Schädigungen disponierten Niere einer Schwangeren eine schwere Nephrose entstanden ist. Als Folge davon Retention des Salvarsans und toxische Wirkung auf das Zentralnervensystem. F. Harry-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. Februar 1922 | Nr. 5 | Band 74

Aus der bakteriologischen Abteilung der Tierseuchenstelle der Thüringischen Landesanstalt für Viehversicherung (Leiter: Prof. Dr. Pfeiler). Veterinäranstalt Jena (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Hobstetter).

Protoplasmaaktivierung bzw. Schwellenreiztherapie zur Behandlung von Haut- und Haarleiden.

Von

Kreistierarzt M. Krüger in Rudolstadt
und Abteilungsleiter W. Pfeiler in Jena.

Seit dem Herbst vorigen Jahres bei den verschiedensten Krankheitsprozessen durchgeführte Versuche zur Feststellung einer etwaigen spezifischen Wirkung des Yatrens bzw. seiner unspezifischen, protoplasmaaktivierenden und zellreizenden Eigenschaften haben in mancher Beziehung überraschende Ergebnisse gezeitigt. Ein Teil der Arbeiten ist noch im Fluß, so daß über sie abschließend noch nicht berichtet werden kann. Einige Fälle verdienten, mit Rücksicht auf ihr besonderes wissenschaftliches bzw. praktisches Interesse, eine frühzeitige Mitteilung. So haben Pfeiler und Pohle (1) über die Anwendung des Präparates bei Lymphangitis epizootica der Pferde berichtet. Franz-Auma hat die Wirkung des Präparates in einem weiteren Falle bestätigt, Oberländer und Pfeiler (2, 3) haben seine heilende Wirkung auf den aktinomykotischen Prozeß nachgewiesen und auf seine mögliche Verwendung für die Heilung des Madurafußes hingewiesen (4).

Im folgenden soll über einige Fälle berichtet werden, die auf anderem Gebiete liegen; sie zeigen ein ganz neues Anwendungsgebiet der Schwellenreiztherapie, das, bei weiterer Bestätigung unserer Ergebnisse, zu bearbeiten um so dankbarer sein dürfte, als in der dermatologischen Praxis die erwünschten praktischen Erfolge nicht selten lange auf sich warten lassen. Sie gewähren, gleichzeitig in Berücksichtigung der Ergebnisse hier noch nicht weiter zu erörternder anderer Versuche, Ausblicke, die in allgemein-wissenschaftlicher und vielleicht auch wirtschaftlich-technischer Beziehung Interesse werden beanspruchen können.

1. Alopecia areata beim Hund.

Deutsche Schäferhündin, geboren Juni 1920, erkrankte Ende März 1921. Hinter dem linken Ohr fielen die Haare aus. Die Haut war zuerst gerötet und nahm später eine dunkle Färbung an. Die Ränder der haarlosen Stellen waren etwas aufgeworfen und dunkelrot. Nach kurzer Zeit zeigte sich auch auf der linken Schulter ein gleicher Fleck, der allmählich an Größe zunahm.

Behandlung. Mitte April: Salizylspiritus, Salizylpuder; innerlich Liqu. Kalii arsenicos.

Eine Beeinflussung des Prozesses trat nicht ein.

Nach 4 Wochen war die Krankheit erheblich vorgeschritten, die ganze Körperoberfläche mit haarlosen Stellen von verschiedener Größe (teilweise handtellergroß) bedeckt,

Digitized by Google

die nahezu schwarzgefärbt waren. Auf den neuauftretenden Stellen zeigten sich kleine Erhabenheiten, die bei mikroskopischer Untersuchung als Pigmentstellen erkannt wurden.

10%ige Perubalsamsalbe, innerlich Arsen.

Trotz sorgfältiger Pflege und Behandlung nahm die Krankheit eine immer größere Ausdehnung an. Es stellte sich Juckreiz ein. Es wurden versuchsweise Schwefelleberbäder vorgenommen und daneben eine Hefekur eingeleitet. Kein sichtbarer Erfolg.

Mitte September erhielt der Pat. eine Yatren-Kasein (stark) -Injektion (5 ccm subkutan). Nach einigen Stunden trat eine Herdreaktion an den erkrankten Stellen auf; die Ränder röteten sich stärker und traten infolgedessen deutlicher hervor. Kurze Zeit nach einer zweiten Injektion ging die Rötung sichtlich zurück, der Juckreiz ließ nach. Einige Tage später besserte sich die Futteraufnahme erheblich.

Der Hund erhielt in der Folge noch 5 Yatreninjektionen (5%ige wässerige Lösung) — in Abständen von 4 Tagen je 5 ccm; es bildeten sich keine neuen haarlosen Stellen mehr; die Flecke hellten sich auf und es zeigten sich feine Härchen auf den früher vollständig kahlen Hautstellen. Das Wachstum war derart stark, daß in ungefähr 14 Tagen die Stellen vollständig bedeckt waren und sich nur noch durch die etwas hellere Schattierung der Haare kenntlich erwiesen. Der Hund konnte geheilt aus der Behandlung entlassen werden.

2. Herpes tonsurans bei Hunden.

Zwei Fälle standen zur Verfügung.

a) Schwarzer Schäferhund, $^3/_4$ Jahr alt. Auf der Vorderseite des linken Unterlaufes und auf der Außenseite des linken Oberschenkels zeigte sich je eine haarlose, länglich runde, scharf begrenzte Stelle. Die Oberfläche war mit grauen Schuppen bedeckt, Juckreiz bestand angeblich nicht. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Trichophyton tonsurans (der Besitzer des Hundes und sein Sohn waren auch an Herpes erkrankt).

Unter die erkrankten Hautpartien wurden je 3 ccm 5%ige Yatrenlösung injiziert. Nach einigen Tagen waren die haarlosen Stellen glatt und ohne Schuppen. Es zeigten sich wieder feine Härchen. Nach 14 Tagen war vollständige Heilung eingetreten.

b) Jagdhund, Brauntiger-Rüde, $^1/_2$ Jahr alt, zeigte Anfang Oktober zweimarkstückgroße haarlose Stellen über den Augenbogen. Nach 14 Tagen hatten sich die Stellen erheblich ausgebreitet, und es waren mehrere neue, talergroße Erkrankungsstellen an Kopf, Schulter, Brust und Schenkelaußenfläche aufgetreten. Ursache: Trichophyton tonsurans.

Behandlung: 10 ccm 5%ige Yatrenlösung in der Umgebung der kranken Stellen subkutan, Pinselungen mit gleicher Lösung. Wiederholung der Injektion nach 4 Tagen. Bereits nach der ersten Injektion hört die Ausbreitung auf.

Haarwachstum wird nach 8 Tagen sichtbar! Der Pat. wird in der gleichen Weise weiter behandelt und kann nach kurzer Zeit als geheilt entlassen werden.

3. Chronisches Rückenekzem mit Alopezie beim Hund.

Airedale-Rüde, etwa 7 Jahre, leidet an chronischem Rückenekzem mit Haarausfall und Borkenbildung in der Haut. Vereinzelt finden sich auch Furunkel auf dem Rücken und an der Außenseite der Oberschenkel.

Am 25. X. Injektion von 5%igem Yatren-Kasein stark, subkutan am Rücken. Am 1. XI. sind die Furunkel (Indikation für Furunkulose überhaupt!) erweicht, sie werden eröffnet und mit Yatrenpulver behandelt. Der Pat. erhält am gleichen Tage 5,0 ccm 4%ige Yatrenlösung subkutan. Am 5. XI. ist die Haut glatt und ohne Borken. Die Furunkel sind geheilt. Am 10. XI. dieselbe Injektion wie am 1. XI. Der Pat. wird als geheilt entlassen.

Die Besitzerin des Hundes erklärt, ihr sei aufgefallen, daß das Haarwachstum — der Hund war geschoren — auffallend stark gewesen sei. Innerhalb weniger Tage sei der „Sattel" wieder deutlich sichtbar geworden.

4. Juckendes Ekzem beim Pferd.

5jähr. dänischer Fuchswallach leidet an juckendem Ekzem mit Haarausfall an Kopf, Hals und Schulter. Infektion mit Räude liegt nach dem Ergebnis mehrfacher mikroskopischer Untersuchungen nicht vor.

Digitized by Google

Das Pferd erhält am 22. X. 150 ccm 5%ige Yatrenlösung auf beiden Seiten des Halses. Bei der Besichtigung am 29. X. zeigt sich noch eine leichte Schwellung an der Injektionsstelle, auch etwas Schmerzhaftigkeit. Der Juckreiz hat nach Angabe des Besitzers des Pferdes fast ganz nachgelassen; die Haut ist glatt, die haarlosen Stellen sind nahezu überall mit Härchen bedeckt. Der Prozeß breitet sich nicht weiter aus. Der Pat. erhält am gleichen Tage 100 ccm 4%ige Yatrenlösung an der Unterbrust. Die Injektion wird ohne Reaktion vertragen. Am 3. XI. werden nochmals 60 ccm der gleichen Lösung gespritzt. Der Pat. ist bei der nächsten Vorstellung geheilt.

5. Ekzem bei Schweinen.

3jähr. Mutterschwein. Die Sau hat Anfang Oktober 8 Ferkel geworfen, von denen 2 nach einigen Tagen verendet sind. Das Muttertier sowie 2 weibliche Ferkel zeigen am Kopf und dem Rücken, die Sau auch in der Umgebung des Gesäuges, ein Ekzem (starke Borkenbildung, dunkelbraune bis schwarze Krusten).

Am 14. X. erhält das Mutterschwein 20, die Ferkel je 5 ccm 5%ige Yatrenlösung subkutan. Die gleichen Dosen werden am 17., 21. und 27. X. verabfolgt. An diesem Tage ist das Ekzem vollständig geschwunden, die Haut glatt und rosa gefärbt. Die vorher kranken und zurückgebliebenen Ferkel sind von den gesunden nicht mehr zu unterscheiden.

Die hier gezeichneten Versuche zur Behandlung von Haut- bzw. Haarkrankheiten, auch zooparasitären, werden fortgesetzt. Die bisher erzielten Resultate gestatten zwar noch kein abschließendes Urteil über den Wert der neuen Behandlungsweise. Sollten sich jedoch die bisher gemachten Erfahrungen bestätigen, so verdient die Yatren- bzw. Yatren-Kaseinbehandlung der erwähnten und anderen Hautleiden jedenfalls die ernsteste Beachtung.

Literatur.

1. Pfeiler, W. und Pohle, C., Chemotherapeutische Versuche mit Yatren bei Lymphangitis epizootica. D. tierärztl. W., 1921, Nr. 40. — 2. Pfeiler, W. und Oberländer, E., Yatren als spezifisches Mittel zur Behandlung der Aktinomykose. Mitt. d. Tierseuchenstelle d. Thür. Landesanst. f. Viehvers., Jena 1921, Nr. 11/12. — 3. Pfeiler, W., Die Heilung der Aktinomykose mittels Yatren. Tierärztl. Rdsch., 1921, Nr. 45. — 4. Pfeiler, W., Heilung der Aktinomykose durch Yatren. B. kl. W., 1921, Nr. 48, S. 1413.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des hauptstädtischen St. Johannes-Spitals in Budapest (Chefarzt: Universitätsdozent Dr. Josef Guszman).

Experimentelle Untersuchungen über die Lebensdauer der Spirochaeta pallida unter Einwirkung verschiedener Behandlungsweisen.

Von

Dr. Eugen Rubin und Dr. Siegmund v. Szentkirályi.

(Schluß.)

2. Gruppe. Behandlungstypus: zwei Quecksilber- und eine Neosalvarsaninjektion.

Die Kranken dieser Gruppe erhielten vor der Neosalvarsaninjektion stets zwei Hg-Injektionen. Wir haben die Behandlung hauptsächlich aus dem Grunde mit Quecksilber begonnen, um zu sehen, ob die im unbehandelten Zustande der Patienten festgestellte Lebensdauer der Spirochäten unter Einwirkung der Hg-Verabreichung verlängert würde, und um

Digitized by Google

das Verhalten der Spirochäten bei der mit Quecksilber eingeleiteten Neosalvarsanbehandlung zu beobachten. Die Spirochätenuntersuchung geschah nach der Quecksilbereinverleibung in derselben Weise, wie in den obenerwähnten Fällen. Die Spirochätenuntersuchung nach der Salvarsaninjektion nahmen wir schon im Verlaufe der ersten Stunde vor; in jeder weiteren zweiten bis vierten Stunde nahmen wir frisches Serum aus der Läsion, um nicht bloß feststellen zu können, wie lange die Spirochäte in dem 2—4stündlich untersuchten Reizserum lebt, sondern auch um nachweisen zu können, während welcher Zeitdauer nach der Salvarsaninjektion lebende Spirochäten in der syphilitischen Läsion zu finden sind. Wir haben diese Art der Untersuchung deshalb gewählt, weil Steyskal in den von ihr mitgeteilten zwei Fällen zwischen der Hg- und der Salvarsaneinverleibung keine auf die Lebensdauer der Spirochäten bezügliche Untersuchung vorgenommen hat und ihre Feststellung, daß die Lebensdauer der Spirochäte nach der Salvarsaninjektion eine längere ist, auf eine Vergleichung mit den übrigen Fällen sich gründet.

V. O., 26 Jahre. Allgemeine Adenitis. Erodierte Papeln an den äußeren Genitalien, Papeln an den beiden Handflächen; Plaques im Rachen. 30. VIII. 1920 WR ++++. Spirochätenuntersuchung positiv. Lebensdauer der Spirochäten 23 Stunden. 3. IX. Hg-Injektion. 7. IX. Hg-Injektion. 10. IX. Spirochätenuntersuchung positiv. Lebensdauer der Spirochäten 12 Stunden. 0,30 Neosalvarsan intravenös. Die Injektion wurde morgens um neun Uhr vorgenommen. Wir nahmen 2—3 stündlich Serum aus den Papeln der Schamgegend und konnten abends um acht Uhr im Serum lebendige Spirochäten finden. Die Spirochäten lebten mithin noch elf Stunden nach der Salvarsaneinverleibung in der Läsion. 11. IX. Spirochätenuntersuchung negativ.

A. V., 19 Jahre. Allgemeine Adenitis. Dichtes makulo-papulöses Syphilid am Rumpfe, erodierte Papeln an den äußeren Genitalien, Plaques im Rachen. 30. VIII. 1920 WR ++++. Spirochätenuntersuchung positiv. Lebensdauer der Spirochäten 26 Stunden. 3. IX. Hg-Injektion. 7. IX. Hg-Injektion. 10. IX. Spirochätenuntersuchung positiv. Lebensdauer der Spirochäten 10 Stunden. Morgens 9 Uhr 0,30 Neosalvarsan. In dem 2—3stündlich den Papeln entnommenen Serum konnten wir bis abends 8 Uhr lebende Spirochäten finden; es konnten also während 11 Stunden lebende Spirochäten in der Läsion nachgewiesen werden. 11. IX. Spirochätenuntersuchung negativ.

I. K., 20 Jahre. Allgemeine Adenitis. Dichtes, aus großen Elementen bestehendes makulo-papulöses Syphilid am Rumpfe, mit diphtheroidem Belag bedeckte Condylomata lata an den äußeren Genitalien und ad anum. Lebensdauer der Spirochäten 26 Stunden. 4. IX. Hg-Injektion. 8. IX. Hg-Injektion. 10. IX. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 11 Stunden. 0,30 Neosalvarsan intravenös; in dem 2—3stündlich den Papeln entnommenen Serum konnten wir bis 9 Uhr abends noch in dem Reizserum lebende, sich bewegende Spirochäten feststellen. 11. IX. In dem 6 Uhr morgens entnommenen Serum waren Spirochäten überhaupt nicht mehr zu finden, somit waren in der Läsion länger als 12 Stunden nach der Salvarsaneinverleibung Spirochäten nachzuweisen.

Wir haben auf diese Weise 24 Kranke behandelt. Die Untersuchung wurde auf die erwähnte Weise nur in diesen drei Fällen zu Ende geführt. Die Kranken mußten 2—3stündlich behufs Serumentnahme aus dem Krankensaal in den Untersuchungsraum bestellt werden. Tagsüber war diese ständige Inanspruchnahme den Kranken noch erklärlich zu machen, nachts jedoch konnten wir sie keinesfalls derlei Störungen aussetzen, in Rücksicht darauf, daß wir dieselben Kranken auch von einem anderen Gesichtspunkt unter Beobachtung hielten, und da uns ihr Erscheinen zur Kontrolle, später zur neuerlichen Behandlung wichtig war.

Aus den erwähnten drei Fällen ist aber ersichtlich, daß die Lebensdauer der Spirochäten schon nach den ersten 2 Hg-Injektionen ver-

Digitized by Google

ringert wurde. In der Läsion konnten wir 10—12 Stunden nach der Neosalvarsaneinverleibung Spirochäten nachweisen. Dieser Umstand darf aber in niemand die irrige Meinung erwecken, daß die Spirochäten nach der Salvarsaninjektion länger in der Läsion gelebt hätten, denn die Lebensdauer der Spirochäten in dem 2—3stündlich hergestellten Präparat war äußerst labil und desto kürzer, je später wir die Untersuchung vornahmen. Der Zweck der 2—3stündlichen Untersuchung war nur zu zeigen, wie lange die Spirochäte in der Läsion lebt, nicht aber unter dem Deckglas. Dieses Resultat bekräftigt also keineswegs die Ansicht Fantls. Um so weniger als wir bei der 24 Stunden nach der Injektion vorgenommenen Untersuchung in keinem einzigen Falle Spirochäten finden konnten.

3. Gruppe. Mit Neosalvarsan behandelte Fälle.

Bei den Kranken dieser Gruppe war unser Augenmerk darauf gerichtet, wie sich aus Läsionen noch nicht behandelter, frisch sekundärer Luesfälle entnommene Spirochäten nach vorhergehender WR und Spirochätenuntersuchung in der unmittelbar nach der Salvarsaninjektion folgenden Zeit hinsichtlich ihrer Lebensdauer verhielten.

E. S., 19 Jahre. Starke allgemeine Adenitis. Papulöses Syphilid am Rumpfe. Ad maximum vermehrte Condylomata lata an den äußeren Genitalien und ad anum. 16. IV. 1920 WR ++++. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 14 Stunden. 17. IV. 9 Uhr morgens 0,30 Neosalvarsan. In dem 2—3stündlich entnommenen Serum konnten wir während 12 Stunden Spirochäten finden. 18. IV. Spirochätenbefund negativ.

I. H., 22 Jahre. Spärliches papulo-makulöses Syphilid am Rumpfe, infiltrierte Erosion in der Fossa navicularis, von der Größe einer Krone, knorpelharte Drüsen in den Leistenbeugen. 19. IV. 1920 WR ++++. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 23 Stunden. 20. IV. morgens 9 Uhr 0.30 Neosalvarsan. In dem der Erosion 2—3stündlich entnommenen Serum fanden wir während 6 Stunden lebende Spirochäten. 21. IV. Spirochätenbefund negativ.

T. M., 27 Jahre. Mäßige allgemeine Adenitis. Papulo-makulöses, aus großen Elementen bestehendes Syphilid am Rumpfe. Hypertrophische Papeln an den Genitalien. 28. IV. 1920 WR ++++. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 25½ Stunden. 30. IV. mittags 12 Uhr 0,30 Neosalvarsan. In dem 2—3stündlich entnommenen Serum konnten wir während 20 Stunden lebende Spirochäten nachweisen. 1. V. Spirochätenbefund negativ.

Wir haben auf diese Weise 16 Fälle behandelt und 3 Fälle in obiger Weise untersucht. Die Lebenserscheinungen der Spirochäten haben auch in diesen Fällen auf die Neosalvarsaninjektion hin bald aufgehört.

4. Gruppe. Mit der Mischung Neosalvarsan- und Sublimatlösung behandelte Fälle (nach Linser).

Unsere in diese Gruppe gereihten Kranken haben wir auf dieselbe Weise untersucht, wie die nur mit Neosalvarsan behandelten, bloß mit dem Unterschiede, daß wir in die Vene eine Mischung von 0,30 Neosalvarsan + 1 ccm 1 %ige Sublimatlösung injiziert haben. Da wir auf unserer Abteilung ein größeres Krankenmaterial nach diesem Verfahren behandelt haben, suchten wir festzustellen, ob das Quecksilber in dieser Form eine spezielle Wirkung auf die Spirochäten übe.

E. D., 24 Jahre. In der linken genitokruralen Beuge infiltrierte Erosion von der Größe einer Krone, knorpelharte Drüsen in den Leisten, Papeln an der linken großen

Digitized by Google

Lippe. 28. VII. 1920 WR ++++. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 17 Stunden. 30. VII. nachmittags 3 Uhr 0,30 Neosalvarsan + 1 ccm 1%ige Sublimatlösung. Wir entnahmen 4—5stündlich, vom Zeitpunkte der Einverleibung gerechnet, Serum teils aus den Papeln, teils aus der Erosion. 31. VII. um 7 Uhr morgens fanden wir, wenngleich sich noch sehr träge bewegende, aber immerhin als lebend zu bezeichnende Spirochäten. Auf diese Weise war also ihre Lebensdauer in der Läsion eine 16 stündige. 9 Uhr morgens Spirochätenbefund negativ.

T. S., 19 Jahre. Allgemeine Adenitis. Massen von Kondylomata an den äußeren Genitalien und in den genitokruralen Beugen. 27. VII. 1920 WR ++++. 30. VII. Spirochätenbefund positiv. Lebensdauer der Spirochäten 23 Stunden. Nachmittags 2 Uhr 0,30 Neosalvarsan + 1 ccm Sublimatlösung. In dem 3—4stündlich entnommenen Serum fielen noch am 31. VII. morgens 8 Uhr auf jedes fünftes bis sechstes Gesichtsfeld je eine sich träge bewegende Spirochäte, so daß ihre Lebensdauer in der Läsion auf 18 Stunden anzuschlagen war. 9 Uhr vormittags Spirochätenbefund negativ.

Untersuchungen dieser Art haben wir 41 vorgenommen. Die Kranken dieser Gruppe verhielten sich nach der Linserschen Injektion im allgemeinen so, wie die mit reinem Neosalvarsan behandelten. Wir konnten also auch bei der intravenösen Verabreichung des Quecksilbers keine Wirkung beobachten, die den Spirochäten irgend welche Resistenz verliehen hätte.

Wir fassen nun die Ergebnisse der erörterten vier Behandlungsweisen in folgendem zusammen. In den ausschließlich mit Quecksilber behandelten Fällen sahen wir, daß die klinischen Symptome langsam verschwanden und daß die Spirochäten in den Läsionen in geradem Verhältnis mit der Heilung und Überhäutung der syphilitischen Läsionen verschwanden, wobei gleichzeitig ihre Lebensdauer geringer wurde. Unsere Untersuchungen scheinen somit die seit längerem bekannte Beobachtung zu bekräftigen, daß das Quecksilber nur auf die Resorption des luetischen Infiltrats von Einfluß ist. Seine spirillozide Wirkung kann mit vollem Rechte bezweifelt werden, denn wir fanden in mehreren Fällen, in denen die Papeln spontan heilten, ebensowenig Spirochäten wie in den mit Hg behandelten Fällen. Die von Fantl berichtete, durch das Quecksilber verursachte Widerstandskraft der Spirochäten sahen wir nicht erwiesen. In den vier Fällen, in denen die Spirochäten trotz der langen Quecksilberbehandlung länger lebten als unbehandelt, können wir uns nicht nur auf die in dieser Hinsicht obwaltenden Schwierigkeiten der Mikrotechnik und auf die daraus resultierenden unausweichlichen Fehler berufen, sondern auch auf ein gewisses spezielles Verhalten der Spirochäten, das auch von Steyskal und Fantl zugegeben wird. In den Fällen, wo der Salvarsanbehandlnng Quecksilber vorausging, spielte das Quecksilber kaum eine nennenswerte Rolle. Wir empfingen vielmehr den Eindruck, daß die therapeutische Wirkung der zwei Quecksilberinjektionen hinsichtlich der Raschheit im Vergleich mit dem Salvarsan eine sehr geringe ist. Es läßt sich allerdings nicht leugnen, daß bei den Kranken, bei denen starke und ausgedehnte Hauterscheinungen vorherrschend sind, mit einigen Quecksilberinjektionen dem durch die sofortige Salvarsaneinverleibung öfter auftretenden unangenehmen Symptomenkomplex. (Fieber, Erbrechen, Kopfschmerz usw., Herzklopfen durch zur Resorption gelangende Intoxikationsprodukte, die nach Herxheimer bei dem massenhaften Spirochätenzerfall entstehen) vorgebeugt werden kann. Es muß aber hier darauf hingewiesen werden,

Digitized by Google

daß Lesser[1]) das Nichtauftreten dieses Symptomenkomplexes für ungünstig hält, da auf diese Weise der „Ictus immunisatorius" fortbleibt, den in unbehandelten Fällen, die Salvarsaninjektion wohl hervorrufen könnte. In den Fällen wo wir die Behandlung mit Neosalvarsan oder nach Linser mit einer Neosalvarsan- + Sublimatmischung begonnen haben, war die starke spirillozide Wirkung des Salvarsans auffallend, nicht nur weil wir 24 Stunden nach der Injektion in keinem einzigen Falle Spirochäten in den Läsionen finden konnten, sondern auch deshalb, weil wir gelegentlich der 2—4stündlichen Untersuchung — d. h. gegelegentlich der jeweiligen frischen Serumentnahme — um so weniger lebende Spirochäten in dem Serum fanden und ihre Lebensdauer unter dem Deckglas eine um so kürzere war, je später wir der Läsion das Serum entnommen hatten, obwohl die Spirochäten vor der Neosalvarsaneinverleibung durchschnittlich 20—30 Stunden lebten. Eine besondere Wirkung der nach Linser mit Neosalvarsan vermischten und intravenös verabreichten Quecksilberquantität (über das spätere Verhalten dieser Mischung im Organismus ist noch wenig bekannt) auf das biologische Verhalten der Spirochäten — im Vergleich zu den nur mit Neosalvarsan behandelten Fällen — war nicht festzustellen.

Aus der Hautabteilung der Graf-Albert-Apponyi-Poliklinik in Budapest
(Vorstand: Prof. Dr. Ludwig Török).

Klinische Erfahrungen mit dem Jodpräparat „Mirion".

Von

Dr. Franz Urbán.

In der Februar-Sitzung der Gesellschaft der Ärzte in Wien berichteten Fröhlich, Kyrle und Planner über ihre Erfahrungen mit einer neuartigen Jodverbindung, dem Mirion, welche berufen wäre der Syphilistherapie neue Wege zu weisen. Nach den pharmakologischen Untersuchungen Fröhlichs enthält das neue Präparat kein freies Jod, der primäre Jodkern käme also unverändert zum kranken Gewebe, wo er sozusagen „in statu nascendi" seine desinfizierende, nekrotisierende und hyperämisierende Wirkung auszuüben imstande wäre. Die an das pathologische Gewebe gebundenen Spirochäten würden durch diese Einwirkung „mobilisiert", dringen in die Blut- und Lymphbahnen ein, wo sie durch ihren mächtigen Feind, dem Salvarsan, vernichtet werden.

Diese gefällige Theorie bestätigten Kyrle und Planner durch an der Klinik Fingers gesammelte Krankenbeobachtungen, bei welchen in der größten Zahl der Fälle gleichzeitig Mirion und Salvarsan dargereicht wurde. Das neue Heilmittel ist nämlich ihrer Auffassung nach in erster Linie das Salvarsan zu ergänzen, aber nicht zu ersetzen berufen.

Unsere Meinung nach ist dieses Verfahren nicht geeignet, das neue Präparat kennenzulernen. Die klinische und therapeutische Wirkung

[1]) D. m. W., 1921. Neue Probleme der Syphilisbehandlung.

Digitized by Google

eines Heilmittels können wir frei von allen störenden Faktoren nur nach alleiniger Anwendung desselben beurteilen. Besonders gilt dies für den gegebenen Fall, wo die Verf. gleichzeitig mit dem auf seine Spezifität zu untersuchenden Präparat ein Heilmittel wie das Salvarsan anwandten, welches sich bei der Heilung der klinischen Erscheinungen der Syphilis so wirksam erwiesen hat.

Bei der kombinierten Anwendung ist es demnach sehr schwer, wenn überhaupt möglich, zu entscheiden, in welcher Weise der therapeutische Effekt durch Zugabe des neuen Mittels beeinflußt wird, oder besser gesagt, worin eigentlich die Wirkung des neuen Präparats besteht?

Die Annahme von der spezifischen Wirkung des Mirions unterstützten die Verf. besonders durch zwei Erfahrungen: 1. daß exanthematische Erscheinungen auf der Haut unter Einwirkung des Präparats mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit in jenen Zustand geraten, den wir als Herxheimer-Jarischsches Reaktionsphänomen zu bezeichnen gewohnt sind; 2. daß die WR durch Mirioninjektionen zu provozieren wäre. Bei unseren Untersuchungen haben wir also diesen beiden Umständen besonderes Augenmerk gewidmet.

Das hierzu ausgewählte Krankenmaterial, in welchem alle Phasen der Syphilis vertreten waren, war ziffernmäßig vielleicht nicht groß; wir haben insgesamt 68 Kranke (mit über 1400 Injektionen) der Mirionbehandlung unterzogen; der therapeutische Effekt blieb aber schon bei dem relativ geringen Krankenmaterial so gesetzmäßig aus, daß wir über die klinische und therapeutische Wirkung des Mittels gut unterrichtet zu sein glauben. Die Injektionen führten wir laut der Weisung der Verf. in 5-ccm-Dosierung, intraglutäal, jeden zweiten Tag aus.

Bei den mit Primäraffekt behafteten Kranken gewannen wir den Eindruck, daß die Sklerosen nach der 1., besonders aber nach der 2. und 3. Injektion etwas sukkulenter, die Leistendrüsen deutlicher fühlbar wurden, eine ähnliche, wenn auch nicht so ausgesprochene Veränderung konnten wir bei jenen Pat. beobachten, denen wir parallel Milch bzw. Terpentin injizierten.

Die WR blieb in beiden Fällen negativ. Die täglich ausgeführten mikroskopischen Untersuchungen zeigten noch am zehnten Tag positive Spirochätenbefunde, so daß wir bei unseren Primärfällen nach 6 bis 8 Mirioninjektionen auf die wohlbewährte Hg-Salvarsankur übergingen, um nicht von der kostbaren Zeit einer möglichen Abortivkur noch mehr zu rauben.

Bei frischen Sekundärexanthemen sahen wir selbst schwach angedeutete Herxheimer-Reaktion nur in einem sehr geringen Teil der Fälle (kaum 10%) auftreten, während ein ausgesprochenes Reaktionsphänomen uns in keinem einzigen Fall zu Augen kam, obwohl es Oppenheim auch mit nicht spezifischen Mitteln, wie Terpentin, Tuberkulin, Milch und Arthigon, gelang, die Herxheimer-Reaktion zu provozieren. An dieser Stelle wollen wir es nicht unerwähnt lassen, daß unsere Pat. mit frischen Sekundärerscheinungen, mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit auf die ersten Mirioninjektionen mit leichtem Fieber reagierten, welches einige Stunden dauerte und höchstens 38,5° C erreichte.

Im Laufe der weiteren Injektionsserien zeigten die Haut- und Schleimhauterscheinungen gar keine Veränderungen; weder im Sinne der In-

Digitized by Google

flammation, noch in dem der Involution, und wir können OPPENHEIMS Beobachtungen nur bestätigen, daß es auch uns in keinem einzigen Fall gelang (nach mehr als 20 Injektionen), die Hauterscheinungen zum Schwund zu bringen.

In ähnlicher Weise refraktär verhielten sich die Sera unserer Pat. Bei 33 in negativer Phase befindlichen Luetikern sahen wir bloß viermal, nach der 3. Mirioninjektion die WR schwach positiv werden, wie es MÜLLER und SCHERBER auch nach Darreichung nicht spezifischer Mittel schon längst beobachten konnten.

Obwohl der Erfinder des Mirions immer von einer speziellen „Mirion"-Wirkung spricht, konnten wir vom ersten Augenblick an den Gedanken nicht frei werden, daß die neue Jodverbindung — gleich den übrigen Jodsalzen — vielleicht in der Therapie der Lues III etwas zu leisten vermag. Von diesem Gedanken geführt, verglichen wir das neue Mittel mit unserem altbekannten und bewährten Jodkalium. Der Erfolg war sehr lehrreich; indem die Heilungstendenz in frappantem Einklang mit der zugeführten Jodmenge stand. Während bei der mit täglich 3 g Jodkali behandelten Gruppe unserer Kranken schon nach 8—10 Tagen Rückbildungserscheinungen auftraten, zeigten die mit Mirion injizierten erst am Ende der 6. Woche (also nach der 14.—15. Injektion) die ersten Anzeichen von Involutionserscheinungen, entsprechend dem geringen — kaum 1,7 % — Jodgehalt des neuen Mittels.

Nach dem Vorhergesagten halten wir es nicht für notwendig, uns mit den verschiedenen Theorien zu beschäftigen, welche die antiluetische Wirkung des Mirions zu erklären versuchen. Unserer Meinung nach ist nämlich die spezifische Heilkraft des Mittels äußerst gering, wie eben der prozentuelle Jodgehalt selbst. Das bei den Primärfällen erwähnte Sukkulenterwerden der Sklerosen können wir auch nicht für spezifisch ansehen, da einerseits Milch und Terpentin Ähnliches leisten, andererseits Mirion z. B. auch bei Trichophytiasis profunda Lokalreaktion hervorrief. Unseres Wissens enthält das Präparat außer der Jodverbindung 4 % Gelatine, so daß wir das äußerst wenige, was es bei unserem Versuch geleistet hat, neben seinem geringen Jodgehalt, vorzüglich seinen Gelatinekomponenten zuzuschreiben geneigt sind.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Dezember 1921.

Originalbericht von Dr. L. KLEEBERG-Berlin.

LEDERMANN demonstriert den am 8. XI. 1921 erwähnten Fall von **Basalzellenepitheliom** (dreimarkstückgroßer unscheinbarer Fleck, mit serpiginösem Rand auf der linken Brust einer 56jähr. Frau). Heilung durch Röntgenbehandlung.

BUSCHKE zeigt:

1. runde und kleinfleckige **Vitiligo**, ein **diffuses Leukoderm** vortäuschend; nur auf der linken Schulter des Mannes zeigt ein größerer Herd die charakteristische Form der Vitiligo;

2. den **Schädel** eines 50jähr. Mannes mit **Knochenlues**. Es bestanden große Ulzerationen an der Nasenwurzel. Spezifische Therapie war machtlos. Die Dura lag

Digitized by Google

frei; ausgedehnte Zerstörungen der knöchernen Nase. Produktive Prozesse waren in der Umgebung nicht nachweisbar.

Löhr sah am Affenschädel bei experimentell erzeugter Syphilis dasselbe Bild der Knochenzerstörung ohne reproduktive Veränderungen.

Fritz Lesser weist darauf hin, daß diese Form der Knochenlues von Virchow als Caries sicca bezeichnet worden ist.

Fortsetzung der Aussprache zu dem Vortrage Fritz Lessers: **Die Selbstheilung der Syphilis.**

Blumenthal erinnert an seine Versuche über Beeinflussung des spontan nie zurückgehenden Kaninchenschankers mit Hg-Präparaten. Im Tierexperiment kam es durch Injektion bestimmter Hg-Präparate zum Verschwinden der Spirochäten und Abheilung des Impfschankers. Hierdurch ist auch experimentell der Beweis geliefert, daß Quecksilber spirillozid wirkt. Beim Kaninchen gelingt es, beim Quecksilber die heilende Dosis, unter Vermeidung der toxischen Dosis, voll zur Wirkung zu bringen.

Scherbschewsky berichtet über seine Erfahrungen mit Hg-Injektionen bei Tieren mit originärer Kaninchensyphilis. Beim Menschen ist die Dosis sterilisans des Hg sieben- bis zehnmal so groß wie die therapeutisch mögliche. In den meisten Fällen gelang es durch Injektionen von Hg salicylicum (0,02 Hg salic. per Kilo Körpergewicht) innerhalb zwei- bis dreimal 24 Stunden die Spirochäten dauernd zu vernichten und die Tiere später zu reinfizieren. In einzelnen Fällen war dies nicht möglich, dies waren Tiere, die mit kleinen Hg-Dosen vorbehandelt waren. Ungefähr nach 25 Tagen wurde die Hg-Resistenz der Spirochäten nachweisbar. Die Spirochätotropie ist aber nicht die alleinige Ursache der kurativen Wirkung des Hg.

Bergel: Quecksilber wirkt auf das lymphoide Gewebe. Es kommt zum Lymphozytenzerfall, das Infiltrat wird kleiner, die freigewordene Lipase der Lymphozyten wirkt tötend auf die Spirochäten (Spirochäten werden nur zum Teil abgetötet). Im wassermannnegativen Latenzstadium der Lues — beim Fehlen lymphozytärer Infiltrationen — ist eine prophylaktische Quecksilberbehandlung — im Gegensatz zu dem spirillozid wirkenden Salvarsan — zwecklos. Erst wenn Spirochäten + Lymphozyten + Lipase vorhanden sind, kann die Hg-Wirkung zur Geltung kommen. Vom biologischen Gesichtspunkt aus ist bei der Abortivheilung der Lues erst Salvarsan, später erst Hg indiziert (die freigewordenen Lipasen der Lymphozyten beseitigen die bei der Salvarsanbehandlung noch übriggebliebenen Spirochäten).

Pinkus glaubt auf Grund seiner Erfahrungen über den Verlauf der Lues bei den fast durchweg ungenügend behandelten Prostituierten nicht an eine Selbstheilung der Lues. Vielleicht helfen die Experimente Ebbersons, der im Serum manifest und latent Syphilitischer durch das Tierexperiment einen antispirilloziden Stoff nachweisen konnte — falls die Nachprüfung ihre Richtigkeit bestätigt —, bei der Beantwortung der Frage, wann wir eine Syphilis als geheilt betrachten können. Die Immunität gegen den Primäraffekt erhält durch den Nachweis dieses bis jetzt seit langem hypothetisch angenommenen Immunstoffes ihre objektive Stütze. Lessers Behauptung, daß Quecksilber den natürlichen Abwehrkräften des Körpers entgegenarbeite und deshalb schädlich sei, hat, wie P. aus der Praxis erfuhr, bei der gerichtlichen Beurteilung eines Luesfalles, schon schweres Unheil angerichtet.

Fritz Lesser wendet sich gegen den Vorwurf, als ob er Gegner jeder Quecksilberbehandlung sei. Er sei nur gegen die intermittierende kombinierte Hg-Behandlung, befürworte aber Hg als symptomatisches Mittel. Auch bei der Naturheilung der Syphilis sei er mißverstanden worden; ob sie häufig vorkomme, habe er ja gar nicht behauptet. Er habe nur festgestellt, daß von den 30 Fällen von Reinfectio — vor der Salvarsanzeit — ein großer Teil ganz ungenügend mit Hg oder überhaupt nicht behandelt war, und so eine Heilung von selbst eingetreten sein muß. Daß Hg nicht spirillozid wirkt und nur als symptomatisches Mittel zu betrachten ist, beweist die auch in der Literatur bewiesene Tatsache, daß es bis jetzt noch nie gelungen ist, mit der intensivsten Hg-Behandlung einen wassermann-negativen Primäraffekt abortiv zu heilen. Den allmählichen Eintritt der Naturheilung bei diesen mißlungenen Abortivfällen sieht man am besten aus der Scholtzschen Statistik, bei der man die meisten wassermann-positiven Fälle findet, bei den Kranken, wo der Primäraffekt fünf Jahre und weniger zurücklag, die meisten wassermann-negativen bei den Fällen, wo seit der Infektion 20 und mehrere Jahre vergangen waren.

Lesser wendet sich gegen die einseitige, falsche Auslegung der Pilczschen und Matauschekschen Statistik. Man darf die Zahlen für Tabes und Paralyse nicht aus

Digitized by Google

dem Zusammenhang herausreißen, sondern man muß sie gemeinsam mit den Fällen von Hirnsyphilis und Aortenaneurysma betrachten. Man muß immer berücksichtigen, daß die Fälle, die im Frühstadium der Lues die meisten nachweisbaren Rezidiven hatten, meist am besten behandelt wurden, und deshalb, was Tabes, Nervensyphilis und Syphilis der inneren Organe anbelangt, im Spätstadium der Lues die wenigsten Erscheinungen zeigen. Bei der Paralyse sprechen noch andere Verhältnisse mit (Heller: Paralyticus fit et nascitur). Lesser glaubt nicht wie Heller, daß die Frauen zu einem schweren Verlauf der Lues, besonders bei unzureichender Hg-Behandlung, disponiert seien, sondern infolge des latenten Verlaufs (Fehlen oder versteckter Sitz des Primäraffekts, häufiges Verschontbleiben oder Nichtbeobachtung von Sekundärerscheinungen) sind diese Fälle überhaupt oder nur ganz unzureichend behandelt.

Im Gegensatz zu Rosenthal weist Lesser darauf hin, daß die Reinfektionen seit der Einführung der Salvarsantherapie viel schwerer zu erkennen sind, und daß oft die Frage, ob es sich nicht doch um eine Reinduratio (lokales Monorezidiv) handelt, unentschieden gelassen werden muß.

Wie die experimentelle Syphilisforschung lehrt, wirkt Salvarsan nur in hohen Dosen spirillozid. Die einzeitige Hg-Salvarsanbehandlung ist abzulehnen, denn sie geschieht nur auf Kosten der wirksamen höheren Salvarsandosen.

Lesser weist auf das Dilemma hin, in das wir bei der Frage der Hg-Behandlung nach dem Wechsel unserer alten Anschauungen, wonach wir in den Krankheitsprozessen an der Haut etwas schädliches sahen, jetzt, wo wir z. B. in der luetischen Papel eine Abwehrreaktion und Zeichen der Immunkörperbildung des Organismus sehen, gekommen sind.

Ziemann sieht in Schereschewskys Versuchen die Bestätigung seiner Annahme von besonders Hg- oder Salvarsanresistenten Spirochätenformen. Durch die besondere Versuchsanordnung ist es zur Züchtung einer Hg besonders resistenten Spirochätenrasse gekommen, die Hg nicht resistenten Formen sind vorher zu Grunde gegangen.

Fachzeitschriften.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 9. Juni 1921.

Audrain: **Notiz zum Protokoll der Sitzung vom 10. März 1921.** Hinweis auf seine Untersuchungen über die Syphilis der zweiten und dritten Generation und die für diese charakteristischen, auf Veränderungen der endokrinen Drüsen beruhenden Typen.

G. Thibierge und R. Rabut: **Pemphigus mit Epidermiszysten** (Pemphigus successif à kystes épidermiques). 19jähriges Mädchen, von Geburt an in verschieden großen Zwischenpausen Eruptionen von Blasen an Stellen, die leicht Traumen ausgesetzt; Schwund der Nägel, allgemeine Muskelatrophie, Entwicklung sehr kleiner spärlicher Epidermiszysten in der rechten Hohlhand. Keine Anzeichen für kongenitale Syphilis oder für Störungen der inneren Sekretion. Im Anschluß daran zeigt Hudelo die gleiche Affektion bei zwei von demselben Vater, jedoch verschiedenen Müttern stammenden Geschwistern; der Vater war selbst daran erkrankt, ebenso ein drittes, jung verstorbenes Kind.

Jeanselme, Burnier und Joannon: **Fall von familiärem und hereditärem kongenitalem Pemphigus mit Epidermiszysten** (Un cas de Pemphigus congénital à kystes épidermiques familial et héréditaire). 23jähriger Mann, seit frühester Kindheit in mit den Jahren abnehmender Stärke erkrankt, aus einer Familie stammend, in der die Erkrankung bis zur 7. oder 8. Generation zurückreichen soll; eine beigegebene Tafel veranschaulicht die Erkrankungen bis zum Ururgroßvater.

Thibierge und Hufnagel: **Ausgebreitetes Epitheliom der Kreuzbeingegend, Pagetsche Krankheit vortäuschend** (Epithelioma en nappes de la région sacrée simulant la maladie de Paget). Histologisch ergab sich ein baso-zelluläres Epitheliom.

Civatte und Pierre Charpy: **Fall von Botryomykom der Unterlippe mit ultravioletten Strahlen geheilt** (Un cas de botryomycome de la lèvre inférieure guéri par les rayons Ultra-Violets). Die gestielte Geschwulst erstreckte sich weiter in die Tiefe, als im allgemeinen von diesen Geschwülsten angenommen wird. Das erklärt

Digitized by Google

auch die häufigen Rezidive nach der chirurgischen Behandlung. Die neu eingeführte Behandlung mit ultravioletten Strahlen ist in dieser Beziehung wirksamer, allerdings ist eine kräftige Form der Bestrahlung erforderlich.

G. Thibierge und Hufnagel: **Fleckförmiges Erythem mit Ausgang in Atrophie und sklerodermieartige Erscheinungen** (Erythème en plaques atrophiant et sclérodermisant). Die vorgenannten Erscheinungen haben sich im Laufe von 12 Jahren entwickelt. Histologischer Befund zeigt beträchtliche Atrophie. Das Besondere des Falles liegt darin, daß die Sklerodermie nach einem erythematösen Prozesse aufgetreten ist, während sie nach bisheriger Annahme stets eine Primitivläsion sein soll.

Milian, Thibaut und Périn: **Purpuraähnliche Syphilide mit Atrophie** (Syphilides purpuriques atrophiques). Vor 9 Jahren Syphilis, seit 8 Monaten Entwicklung von sich allmählich vergrößernden und an Zahl zunehmenden Effloreszenzen, besonders an den Ellenbogen, deren primäre Charakteristika die Purpurfarbe und die Hautatrophie sind. Auf Glasdruck blaßt nur ein Teil von ihnen unter Hinterlassung eines gelblichen Tones ab. Histologisch findet sich vor allem ein ausgebreitetes Lymphzelleninfiltrat, das das normale Bindegewebe verdrängt hat. Extreme Dilatation der Gefäße des Papillarkörpers mit Endarteritis, ein tiefes Gefäß erscheint fast aneurysmatisch. Haare und Schweißdrüsen fast völlig geschwunden. Atrophie bei tertiären Syphiliden ist bisher anscheinend noch nicht beschrieben.

Sabouraud: **Zur Behandlung der vereiterten Trichophytien mit intravenösen Einspritzungen von Gramscher Lösung** (A propos du traitement des trichophyties suppurées par la liqueur de Gram en injections intraveineuses). Die beobachtete gute Wirksamkeit der Einspritzungen wird wahrscheinlich ebenso wie die der verschiedenen Trichophytine nur zustande kommen, wenn beträchtliche entzündliche Reaktionen vorhanden sind.

Audrain und Malouvrier: **Fall von familiärer Syphilis** (Sur un cas de syphilis familiale). Vorstellung einer kongenital syphilitischen Frau und ihrer beiden gleichfalls kongenital syphilitischen Söhne.

Desaux, Bauxis-Lagrave, Boutelier und Barbier: **Die Azetonurie im Verlaufe der post-arsenikalen exfoliativen Erythrodermien** (L'acétonurie au cours des érythrodermies exfoliantes post-arsenicales). Untersuchungen an 8 Kranken, bei denen schwere Hauterscheinungen im Verlaufe wiederholter Salvarsaneinspritzungen aufgetreten waren, einmal in Verbindung mit einem Ikterus. Beschreibung der für den Azetonnachweis in Harn und Blut angewandten Methoden. Viermal fand sich eine Vermehrung im Urin, sechsmal war im Blut deutliche, wenn auch nicht starke Azidose nachweisbar. Die Bedeutung dieser Vorgänge, die auch ohne vorhergehende Behandlung vorkamen, für die Entstehung der Hauterscheinungen ist noch nicht geklärt.

Barthélemy und Bruant: **Ein Fall von neuro-dermotroper Syphilis** (Un cas de syphilis neuro-dermotrope). Bei einer seit 30 Jahren bestehenden Syphilis zeigten sich im Laufe der Jahre der Reihe nach folgende Erscheinungen: Schanker, mehrfach Papeln im Munde und am After in mehrfacher Wiederholung, beiderseitige Optikusatrophie mit Ausgang in Blindheit, verschiedene Symptome von Tabes, zwei perforierende Gummen am harten Gaumen, Hemiplegie. Behandlung hatte fast gar nicht stattgefunden.

E. Pringauld und P. Vigne: **Bemerkungen über einen Fall von spontaner Sporotrichose bei der Ratte** (Note sur un cas de sporotrichose naturelle du rat). Bei einer wegen Pestverdachtes untersuchten Ratte fand sich allgemeine akute Granulose aller Eingeweide, Drüsen sehr voluminös, nicht verkäst. Aus Milz, Drüsen und Eingeweideknötchen Sporotrichon gezüchtet. Der Fall ist ein Beweis für das schon früher anderweitig beobachtete Vorkommen der spontanen Sporotrichose, und spricht für das freie Vorkommen des Sporotrichons in der Natur.

J. Montpellier und Béraud: **Die Filaria-Reaktion bei Personen mit „Gale filarienne"** (La filario-réaction chez les sujets atteints de „Gale filarienne" [Onchocercose dermique]). Die Krankheit beruht auf Eindringen der Embryonen von Onchocerca volvulus in die Haut. Die teils wäßrigen, teils alkoholischen Antigene wurden durch Mazeration von Filariazysten erhalten, sie wurden mit erhitztem oder nicht erhitztem Serum zusammengebracht, wobei nur die wäßrigen bemerkenswerte Resultate darboten und spezifisch wirkten.

J. Montpellier, P. Gouillon und A. Lacroix: **Myzetomaknoten am Arm; Übertragung durch einen Dorn** (Nodule mycétomique du bras; inoculation par épine). Ovoider Knoten von der Größe einer kleinen Mandel an der Hinterfläche des Armes

Digitized by Google

eines Senegalesen zeigt beim Aufschneiden in seinem Inneren einen 4 cm langen Dorn. Mikroskopisch ergeben sich mehrere sekundäre Knoten, deren jeder im Zentrum ein Pilzkorn enthält, das aus Myzelfäden besteht. Es handelt sich um ein Myzetom mit weißen Körnern.

Sitzung vom 23. Juni 1921.

Queyrat und Deguignand: **Ausgebreitete Pigmentsyphilis bei einem Manne** (Syphilide pigmentaire généralisée chez un homme). Das Vorkommen beim Manne ist selten. Die hier im achten Monate der Erkrankung beobachteten Erscheinungen sind ohne voraufgegangene erythematöse Läsionen aufgetreten. Besonders intensiv sind sie am Nacken, vor allem am Ansatz der Oberarme, um die Taille herum, in den Inguinalfalten und am oberen Abschnitt der Schenkel. Obwohl keinerlei Störungen von seiten des Nervensystems nachweisbar ist, ist die Symmetrie der Erscheinungen auffallend.

Louis Queyrat und Deguignand: **Lichen planus annularis.** Die Ränder der einzelnen Elemente werden von dicht aneinander gereihten papulösen Effloreszenzen gebildet; es besteht Ähnlichkeit mit einem zirzinären Syphilid.

Marcel Pinard: **Friedreichsche Krankheit. Unerkannte Familiensyphilis** (Maladie de Friedreich. Syphilis familiale ignorée). Typischer Fall. Ein Bruder leidet gleichfalls an Friedreichscher Krankheit; mehrere Familienmitglieder, äußerlich ohne Befund, zeigen potitive WR.

Louis Queyrat und Deguignand: **Elefantiasis der Vulva** (Elephantiasis de la vulve). Auftreten im Anschluß an eine Grippe, beginnend mit Ödem der kleinen, dann der großen Labien und zu umfangreicher Tumorbildung führend. Anämie; mehrere Drüsen unterhalb der Klavikula, kleinere am Halse. Am Rande der großen Labien Anhäufungen von Bläschen mit heller Flüssigkeit (Lymphvarizen). Im Blute keine Filarien. Kultur aus dem Punktat einer großen Schamlippe ergab Kolonien von Staphylococcus pyogenes aureus, die für ätiologisch bedeutsam gehalten werden.

Louis Queyrat: **Zahnfleisch-Mykose** (Mycose gingivale). Nach Typhus Defektwerden zahlreicher Zähne, später Auftreten mehrerer Plaques am Zahnfleisch von weißer Farbe. Aus denselben sind zahlreiche rundliche oder ovaläre, Hefepilzen ähnliche Elemente darstellbar.

Louis Queyrat und Deguignand: **Leukoplasieähnliche Plaque der Vulva** (Plaque leucoplasiforme de la vulve). Die Erscheinung wird in Verbindung mit einer Hyperostose am harten Gaumen auf Syphilis bezogen. Am Körper außerdem Erscheinungen von Lichen planus.

Louis Queyrat und Degrais: **Seit 8 Jahren bestehendes Epitheliom der Nase, des Auges und der Wange** (Epithelioma du nez, de l'œil et de la joue datant de huit ans). Wiederholte Vorstellung des in der Sitzung vom 27. Januar 1921 gezeigten Falles; bedeutende Besserung durch Radiumbehandlung. Chirurgische Behandlung wäre ausgeschlossen gewesen.

Queyrat und G. Laroche: **Fall von Xanthom planum; Vorweisung von Schnitten** (Sur un cas de xanthome plan; Présentation de coupes). Beträchtliche Infiltration der Kutis mit lipoiden Stoffen. Bemerkenswert ist das Fehlen typischer Xanthomzellen mit ihren multiplen Kernen, die Infiltration ist also das Wesentliche.

Marcel Pinard und P. Giraud: **Behandlung der Säuglingssyphilis** (Traitement de la syphilis chez le nourrisson). Die Behandlung soll nicht nur Schwinden der Erscheinungen, sondern völlige Sterilisierung bewirken. Empfehlung von subkutanen Injektionen von Sulfarsenol 1—1½ Jahre lang, in durch Pausen von 3 Wochen unterbrochenen Serien von 10 Einspritzungen, alle 3—4 Tage. Dosis 1—1½ cg auf 1 kg.

Ch. Laurent: **Eine toxische Serie von Novarsenobenzol** (Une série toxique de novarsénobenzol. La série 12.944). Von 12 unter sonst gleichen Bedingungen gespritzten Kranken treten bei 3, bei denen die bezeichnete Nummer zur Anwendung kam, nitroide Krisen mit zum Teil schwersten Erscheinungen, Pulslosigkeit, konvulsivischen Zuckungen auf. In dem einen, sehr bedrohlich erscheinenden Falle Schwinden erst nach intravenöser Einspritzung von adrenalisiertem Serum.

Sitzung vom 7. Juli 1921.

Hudelo und Cailliau: **Histologische Untersuchung eines Falles von Atrophia maculosa** (Examen histologique d'un cas d'atrophie maculeuse). Die Untersuchung des in der Aprilsitzung vorgestellten Falles ergab partielle Atrophie der Haut mit Hyperplasie des Bindegewebes, beträchtliche arterielle Läsionen und Pigmentinfiltration. Nach

Digitized by Google

diesem Befunde ist Syphilis, Lichen Wilson, Lichen atrophicus Hallopeau, Parapsoriasis auszuschließen, hingegen nähert er sich dem bei partieller idiopathischer Atrophie (Vidal und Leloir) und Atrophia maculosa oder Anetodermia erythematosa (Jadassohn) beschriebenen. Andererseits scheinen auch Beziehungen zur umschriebenen Sklerodermie, Morphée en gouttes, nicht ausgeschlossen.

Hudelo und Cailliau: **Pigmentiertes Erythem mit atrophischen und sklerodermischen Plaques bei einem Syphilitiker** (Érythème pigmenté en plaque atrophiant et sclérodermisant chez un syphilitique). Die histologische Untersuchung ergab intensive, über die Epidermis und die Drüsen ausgedehnte Atrophie der Haut, Hypertrophie des elastischen und Bindegewebes mit partieller hyaliner Degeneration des Bindegewebes, weit vorgeschrittene peri-endovaskuläre Läsionen, beträchtliche Pigmentinfiltration. Gegen Beziehungen zu der unzweifelhaft vorhandenen Syphilis spricht das (primäre) Auftreten der Affektion und der histologische Befund, dieser zeigt gewisse Analogien zu dem vorherigen Falle.

Leredde und Drouet: **Mißerfolg der Quecksilberbehandlung bei einem kongenital-syphilitischen Kinde** (Résultats lamentables du traitement mercuriel chez un enfant hérédosyphilitique). An der Hand eines vorgestellten Falles wird auf die mangelhafte Erkennung der kongenitalen Syphilis und die Unmöglichkeit, genügende Quecksilbermengen in einer genügenden Zeit einzuverleiben, hingewiesen. Empfehlung der Salvarsanbehandlung, besonders subkutane Infektionen von Sulfarsenol (vgl. Pinard und Giraud in der vorigen Sitzung).

Milian und Cottenot: **Behandlung eines Lymphadenoms des weichen Gaumens mit Radium- und Röntgenbehandlung. Heilung** (Traitement d'un lymphadénome du voile du palais par la curiethérapie et la röntgenthérapie. Guérison). In der Sitzung vom 1. Februar vorgestellter Fall. Diese Geschwülste sind außerordentlich radiosensibel.

Milian und Périn: **Gangrän des Penis, Überimpfung auf den Hasen** (Gangrène de la verge, inoculation au lapin). Einzelheiten hierüber finden sich im Berichte der Soc. méd. des hôp. vom 8. Juli 1921, S. 1065.

Milian und Périn: **Erythemato-bullöse Antipyrinausschläge** (Antipyrinides érythémato-bulleuses). Die ätiologische Bedeutung für den Fall wurde durch Wiederauftreten bei erneuter Antipyrindarreichung sichergestellt; eine charakteristische Intradermo-Reaktion ließ sich nicht erzielen. Eine im Augenblicke der Krise vorgenommene Blutuntersuchung ergab leichte Anämie mit Leukopenie. Nach den Beobachtungen an dem Kranken und mit seinem Serum vorgenommenen Versuchen an Meerschweinchen wurde geschlossen, daß es sich nicht um einen anaphylaktischen Vorgang handelt. Es soll versucht werden, durch wiederholte fraktionierte Gaben eine allmähliche Gewöhnung an das Medikament zu erzielen.

Milian und Périn: **Tertiärer syphilitischer Ikterus** (Ictère syphilitique tertiaire). Syphilis vor 20 Jahren, nur eine Quecksilberkur. Als Zeichen der Syphilis sind nachweisbar Aortitis, Hautnarben, sklero-gummöse Glossitis, positive WR. Der Ikterus ist ohne irgend welche sonstigen Erscheinungen von seiten der Leber oder des Verdauungstraktus aufgetreten, es ist ein tertiärer syphilitischer Ikterus mit den gleichen Erscheinungen wie denen des sogenannten Spätikterus nach Salvarsan. Besserung durch Kalomel.

G. Thibierge und R. Rabut: **Lymphogranulom des Gesichts, der Arme und Finger** (Lymphogranulome de la face des bras et des doigts). Es handelt sich um eine typische Form der von Besnier Lupus pernio genannten Affektion; eine histologische Untersuchung ergab die Charakteristika des Boeckschen Sarkoids.

G. Thibierge und R. Rabut: **Symmetrisches Adenoma sebaceum des Gesichts** (Adénomes sebacés symétriques de la face). Die Erkrankung ist, wie häufig, mit mangelhafter körperlicher und geistiger Entwicklung und Epilepsie verbunden.

Desaux und Boutelier: **Erbsyphilis mit umfangreichen Knochenveränderungen an den Beinen und Vorderarmen** (Hérédo-syphilis avec grosses altérations osseuses des jambes et des avant-bras). Stark ausgesprochene Säbelscheidenform der Tibien, Vorderarmknochen, besonders Radius verbreitert und verdickt.

Gougerot und Ruppe: **Neurotrope Lepra: „pseudo-vitiliginöse" familiäre Nervenlepra** (Lèpre neurotrope: Lèpre familiale nerveuse „pseudo-vitiligineuse"). Neben Symptomen von Neuritis finden sich auf der Haut hyper- und depigmentierte Flecke, wie sie gewöhnlich in Begleitung der Lepra anaesthetica vorkommen. Darier weist darauf hin, daß sie auch gewöhnliche Vorläufer der tuberösen Lepra sind.

Digitized by Google

Pierre Fernet und S. Rabbeau: **Fall von Aplasia moniliformis der Haare** (Un cas d'aplasie moniliforme des cheveux). Die Affektion ist kongenital, Heredität ist nicht nachweisbar. Die von Brocq festgestellten Beziehungen zur Keratosis sind hier, vielleicht infolge des jungen Alters (22 Monate), nicht nachzuweisen.

Jeanselme und Burnier: **Zwei Fälle von Syphilis-Reinfektion** (Deux cas de réinfection syphilitique). Zweite Infektion 1 bzw. 8 Jahre nach der ersten mit Sitz an verschiedenen Stellen.

Bournier und Bloch: **Neuer Fall von syphilitischer knötchenförmiger Infiltration vom Typus des subkutanen Sarkoids** (Nouveau cas d'infiltration nodulaire syphilitique à type de sarcoide hypodermique). Typischer Sitz in der Regio scapularis und costalis; schnelles Schwinden auf Quecksilbereinspritzungen und JK.

Burnier und Bloch: **Fall von Hidradénomes éruptifs** (Un cas d'hidradénomes éruptifs). Im Gesicht und am Thorax stecknadelkopf- bis linsengroße Papeln, 1—2 mm hervorragend, von rundlicher oder ovalärer Form, derber Konsistenz, gelblich, chamoisfarben. Histologisch findet man im Korium inmitten eines dichten fibrösen Gewebes aus polygonalen oder verlängerten Zellen zusammengesetzte Epithelschläuche, andererseits eine gewisse Zahl zylindrischer Dilatationen der Schweißdrüsenkanäle; sie sind begrenzt von einer Lage abgeplatteter Epithelzellen, die oft einen Block kolloider Substanz einschließen. Um die Schweißdrüsen Entzündung des Bindegewebes mit zahlreichen Mastzellen. Es handelt sich um kongenitale Mißbildungen infolge von verzögerter Entwicklung anormaler embryonaler Reste rudimentärer Schweißdrüsen. Heilung durch wiederholte Galvano-Kauterisation.

Leredde: **Neue Untersuchungen über die syphilitischen Hämato-Dermatosen (Pruritus, Ekzem, Pityriasis, Psoriasis)** (Nouvelles recherches sur les hématodermites syphilitiques [prurit cutané, eczéma, pityriasis stéatoide, psoriasis]). Zwecks Feststellung des nicht seltenen Zusammenhanges mit erworbener und besonders kongenitaler Syphilis ist in jedem Falle eingehendes Studium der Stigmata (Sehnenreflexe, Pupillen, Herz, Zähne) und der Familiengeschichte erforderlich. Die ätiologische Bedeutung der Syphilis für die genannten Hautkrankheiten kann nur durch Serienuntersuchungen, für die im allgemeinen nur das Krankenhaus in Betracht kommt, sicher gestellt werden. Der Beweis des Zusammenhanges wird durch den Erfolg der spezifischen Behandlung gegeben.

Pomaret: **Physiologische Untersuchungen über den Chok und die Herabsetzung des Blutdruckes durch Arsenobenzol und die Blutdrucksteigerung durch Arsenoxyd** (Recherches physiologiques sur le choc et l'hypotension artérielle par les arsénobenzènes et l'hypertension par l'arsenoxyde). Nach den Versuchen am Hunde ist das Arsenoxyd (Derivat des Arsenobenzols) nicht die Ursache der bisweilen auf die Injektionen folgenden Blutdruckverminderung, also kein Faktor des Choks, was mit der in dieser Beziehung dem Phenol zugeschriebenen Rolle im Einklang steht.

Paul Boulogne: **Der Gegenreflex beim Jucken** (Le contre-prurit réflexe). Es handelt sich um ein beim Kratzen einer juckenden Hautstelle an einer entfernten Stelle auftretendes Jucken. Der Reflex scheint stets gleichmäßig zu sein. Er spricht für Koordinationen im Haut-Nervensystem.

Paul Vigne: **Zur histologischen Struktur eines Falles von Hämo-Lymphangiom** (A propos de la structure histologique d'un cas d'hémo-lymphangiome). Wie in mehreren anderen Fällen wurde auch hier das Nebeneinanderbestehen von Veränderungen der Blut- und Lymphkapillaren beobachtet. Es wäre daher die Bezeichnung als Angio-Lymphangiom vorzuziehen. E. Levin-Berlin.

Réunion Dermatologique de Strasbourg.

Sitzung vom 8. Mai 1921.

Borrel: **Molluscum contagiosum.**

L. Spillmann: **Verstümmelnde Syphilis mit Manifestationen an der Haut, den Knochen und den Gelenken** (Syphilis mutilante à manifestations cutanées, osseuses et articulaires).

L. Spillmann: **Artefizielle Dermatitis, durch Eichenholz bewirkt** (Dermite artificielle due à l'action du chêne). Die außer bei dem Kranken bei verschiedenen seiner Verwandten und Mitbewohnern des Dorfes aufgetretenen Erscheinungen sind vielleicht auf die Einwirkung von auf der Oberfläche der Rinde wuchernden Pilzen zurückzuführen.

Digitized by Google

Kolopp: **Ichthyosiforme nicht kongenitale Erythrodermie** (Erythrodermie ichthyosiforme non congénitale). Es bestehen Ähnlichkeiten mit der Pityriasis rubra pilaris. Die Elementarläsionen werden durch perifollikuläre Hornkegel gebildet; ferner findet sich Atrophie der Augenlider, Lippen, Nasolabialfalten, Atrophie und Sklerodermie der Extremitäten, besonders der Hände, geringes Jucken und Kältegefühl. Mit Rücksicht auf eine kaum fühlbare Schilddrüse Thyreoidinbehandlung, die von Erfolg war.

Hügel: **Fall von hereditärer und familiärer ichthyosiformer Keratodermia palmaris et plantaris** (Un cas de kératodermie palmaire et plantaire héréditaire et familiale ichthyosiforme). Die Erkrankung ist in vier Generationen festzustellen.

L. M. Pautrier: **Kongenitaler Pemphigus mit Epidermiszysten bei zwei Brüdern, der eine von klassischem, der andere von anormalem Typus** (Pemphigus congénital, à kystes épidermiques, chez deux frères, l'un à type classique, l'autre à type anormal). Bei dem älteren Bruder typisches Bild der durch traumatische Reizung an den einem dauernden Drucke ausgesetzten Prädilektionsstellen auftretenden Erscheinungen, die mit der Bildung von Narben und Epidermiszysten enden. Bei dem jüngeren keine Bindung an bestimmte Stellen, sondern Ergriffensein des ganzen Körpers, dabei im Gegensatze zu dem im ersten Falle großen Blasen mit serösem Inhalte kleine, meist hämorrhagische Blasen, die ohne besondere Veranlassung auftreten. Es kommt jedoch auch hier zur Bildung von Narben und Epidermiszysten. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre. Band I: Menschliche Erblichkeitslehre, von E. Baur, E. Fischer und F. Lenz. (J. F. Lehmanns Verlag, München 1921.) Drei hervorragende Forscher haben sich zusammengetan und einen Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene geschrieben. E. Baur bespricht zunächst die Grundbegriffe der allgemeinen Erblichkeitslehre. Alle erblichen Unterschiede zwischen zwei fertigen Individuen beruhen nach ihm entwicklungsmechanisch in letzter Linie auf Unterschieden im Bau oder Chemismus des Idioplasmas. Idioplasma ist nach Nägeli derjenige Teil der Zelle, in dem ihre Arteigenheit begründet ist. Vererbung von einem der Eltern bzw. einem Elternpaar auf die Nachkommen beruht darauf, daß die Nachkommen ganz oder teilweise das gleiche Idioplasma haben wie eines der Eltern oder bei geschlechtlicher Fortpflanzung wie die Eltern. Die Vererbung ist fast nie eine vollkommene, da die Nachkommen variieren. Es gibt drei Gruppen von Ursachen des Variierens. Die erste ist die Paravariation; sie hat zur Folge, daß auch der erblichen Anlage nach, d. h. idioplasmatisch, völlig gleiche Individuen je nach den äußeren Einflüssen, unter denen sie aufgewachsen sind, also je nach der Umwelt, der Peristase, verschieden sein können. Die zweite Ursache beruht darauf, daß bei der geschlechtlichen Fortpflanzung zwei Zellen sich vereinigen, die ihrer erblichen Anlage nach, d. h. im Idioplasma, verschieden sind. Diesen Zustand nennt man Mixovariation. Eine dritte Ursache beruht darauf, daß aus irgend welchen Gründen und zu irgend welchem Zeitpunkt eine Änderung im Gefüge des im allgemeinen freilich sehr stabilen Idioplasmas erfolgt, und daß so Zellen und daraus Individuen mit verändertem Idioplasma hervorgehen, die entsprechend auch in ihren sekundären äußeren Eigenschaften verändert sind. Variationen, die auf einer solchen Änderung des Idioplasmas beruhen, bezeichnet man vielfach als Mutationen. Diese Art der Variation des Idioplasmas ist in ihren Ursachen noch sehr unbekannt. Man kann aber doch sagen, daß es wahrscheinlich möglich ist, durch ganz verschiedenartige Eingriffe, durch hohe Temperaturen, Einwirkungen von Chemikalien, Röntgen- und Radiumstrahlen Idiovariationen auszulösen. Von großem Interesse für die menschliche Pathologie sind die Versuche, ob Vergiftung die erbliche Beschaffenheit der Nachkommen ändert, d. h. Idiovariationen auslöst. In der Tat bedingen die Alkoholvergiftungen gesunder Tiere eine starke Schädigung der Nachkommen, die sich in sehr vielen Totgeburten, in schwächlichen und zum Teil mißgebildeten Jungen äußert. Es handelt sich also hier um eine dauernde Schädigung des Idioplasmas. Bei Organismen, die sich wie der Mensch geschlechtlich und durch freie Paarung „panmiktisch" fortpflanzen, spielen sich dauernd die geschilderten drei Kategorien von Variationserscheinungen nebeneinander und durcheinander ab. Die Beurteilung, ob ein Unterschied zwischen zwei Menschen auf Paravariation, auf Mixovariation

Digitized by Google

oder auf Idiovariation beruht, ist meist sehr schwierig, viel schwieriger als der Laie zunächst wohl glaubt. Was vorliegt, kann — wenn überhaupt — meist erst durch ein sehr gründliches Studium entschieden werden. Bezüglich der Paravariation wird festgestellt, daß ein Organismus durch den Einfluß der Umwelt keine Veränderung seines Idioplasmas, seiner erblichen Veranlagung, erfährt. Die besondere Beschaffenheit des einzelnen Tieres wird nicht vererbt, sondern jedes Tier vererbt immer nur die ganz bestimmte charakteristische Modifizierbarkeit seiner ganzen Sippe. Erblicher, eine Sippe bezeichnenden Unterschied ist nicht eine bestimmte Ausbildung eines Merkmals, sondern immer nur eine bestimmte „Reaktionsweise". Wie ein Organismus aussieht, hängt also nach Baur immer von zwei Dingen ab: erstens von seiner ererbten Reaktionsweise oder man kann auch sagen von seiner idioplasmatischen Beschaffenheit, und zweitens von seiner Peristase, d. h. von den Außeneinflüssen, denen er gerade während seiner Entwicklung unterworfen war. In sehr klarer Weise wird das Wesen des Mendelismus erörtert. Auf Grund seiner berühmten Versuche am Löwenmäulchen kommt Baur zu dem Schluß, daß der scheinbar unübersehbar großen Zahl von Sorten und Rassenunterschieden innerhalb einer Art immer wieder andere Kombinationen Mendelscher Unterschiede zugrunde liegen. Man kann, wie Baur es getan hat, mit einer genügend analysierten Spezies, ähnlich wie ein Chemiker, synthetisch und ganz zielbewußt bestimmte Eigenschaftskombinationen, d. h. bestimmte neue Rassen herstellen. Obwohl Baur auf dem Standpunkt des Mendelismus steht, hebt er ausdrücklich hervor, daß auch eine Vererbung nach anderen als den Mendelschen Gesetzen zu erwarten ist. Eine solche würde nicht in den Chromosomen, sondern irgendwo anders im Idioplasma ihre Grundlage haben. Beim Menschen weiß man über Mendelsche Rassenunterschiede noch gar nichts Sicheres. Man muß sich aber immer daran erinnern, daß die Mendelschen Spaltungsgesetze nicht ausnahmslos gelten werden, und daß man früher oder später auch beim Menschen auf Vererbungserscheinungen stoßen wird, die sich den Gesetzen nicht fügen. Das ständige kaleidoskopartige Entstehen und Vergehen von Neukombinationen einer gewissen Zahl von ursprünglichen Rassenunterschieden ist die Hauptursache für das erbliche Variieren bei den sich geschlechtlich fortpflanzenden Organismen. Das gilt auch gerade für den Menschen. Der folgende Abschnitt ist der Frage des Einflusses der Variationserscheinungen auf die Zusammensetzung eines Volkes gewidmet. Was wir als ein Volk bezeichnen, ist, biologisch betrachtet, ein ungeheuer bunt zusammengesetztes Gemisch. Was dieses als Volk eint, ist nicht eigentlich die Rasse, sondern in erster Linie die gemeinsame Sprache und Kultur. Wenn in einem Kulturvolk dauernd die bestveranlagten Individuen und Familien, die durch die Verkörperung ganz bestimmter Eigenschaftskombination charakterisiert werden, sich schwächer vermehren als der Durchschnitt der Bevölkerung, so wird das für das Volksganze eine verhängnisvolle Wirkung haben. Hoch veranlagte Individuen werden zwar immer wieder aus der großen Masse des Volkes heraus entstehen, aber wenn eine lange Reihe von Generationen hindurch immer und immer wieder diese bestveranlagten Menschen sich weniger stark fortpflanzen als der Volksdurchschnitt, so werden diese Menschen immer seltener, und schließlich wird dann ein solches Volk nicht mehr so viel „führende Köpfe" hervorbringen wie nötig sind, um das Gerippe des Staates zu bilden und um das Volk auf seiner Kulturhöhe zu erhalten. Ein solches Volk wird „entarten". — Der 2. Abschnitt des Buches handelt von den Rassenunterschieden des Menschen und ist von dem Freiburger Anatomen Eugen Fischer, dem bekannten Erforscher der Rehobooter Bastards, verfaßt. In diesem Teil werden die Grundlagen der aus der Kenntnis der Vererbungsregeln zu ziehenden rassehygienischen Schlüsse gegeben. Die hochinteressanten Ausführungen des Verf.s können hier nicht im einzelnen dargelegt werden. Nur auf einzelne wichtige Punkte soll hingewiesen werden. Eine sorgfältige Analyse aller Rassenunterschiede wird vorgenommen und die Frage geprüft, ob sie auf Keimesanlage oder auf die Einflüsse der Umwelt zu beziehen sind. Fischer zeigt, daß das Bild der normalen Variation des Menschen ein recht verwickeltes ist. Fast alle Formen und Bildungen weisen, nach Individuen oder menschlichen Gruppen geordnet, kleinere und größere Unterschiede auf. Die wichtigsten Merkmale für die Rassenbeschreibung und Einteilung sind Augenfarbe, Haarfarbe, alsdann Hautfarbe, Mongolenfleck, Haarform, Nasenform, Augenlidfalten, Lippenform und sonstige physiognomische Einzelheiten, gewisse geistige Merkmale, Körpergröße, Gesichtsform, Schädelform. Von zahlreichen

Digitized by Google

anderen Merkmalen steht der rassenmäßig vererbte und der erworbene Anteil ihrer Bildung nicht genügend fest, um sie zur Rassendiagnose zu verwerten, so von den Körperproportionen, vielen Einzelheiten der Schädel- und Extremitätenknochen, Muskelvariationen, Hautleisten der Hand- und Sohlenfläche, Zahnformen und anderem mehr. Aber die zuerst genannten Merkmale genügen zum einwandfreien Nachweis, daß es in der Tat deutliche, scharfe, ererbte und daher im Wesen unveränderliche Unterschiede zwischen den Menschen gibt, die diese in Gruppen einteilen, Rassen genannt. Nur durch Kreuzung können diese Grenzen verwischt werden. Diese Grenzen im einzelnen klarzulegen, ist die Aufgabe der Anthropographie. In dem Kapitel „Rassenentstehung und Rassenbiologie" wird betont, das der Mensch seiner gesamten Organisation nach unstreitig zusammen mit sämtlichen Affen zu den „Primaten", d. h. „Herrentieren", zu rechnen ist. Es werden alsdann die Faktoren der Menschenwertung geschildert, die als eine einmalige und einheitliche angesehen wird und auch nur an einem Ort stattgefunden haben kann, den man sich aber nicht allzu klein vorstellen darf. Die wirksamen Faktoren wären die Änderung der Umwelt und die dadurch hervorgerufene Richtungsänderung und Änderung der Auslese, die die Primatenform zum Urmenschen und Menschen umformte. — Den letzten und für den Arzt wichtigsten Teil des Buches hat Fritz Lenz, der bekannte Erforscher der krankhaften Erbanlagen der Menschen, geschrieben. Es ist nicht zu viel behauptet, daß diese Darstellung von Lenz die beste ist, die bisher überhaupt über dieses Gebiet veröffentlicht worden ist. Wir haben Fritz Lenz in erster Reihe die Schaffung eines biologisch orientierten Krankheitsbegriffes zu verdanken. Fritz Lenz mißt den Krankheitsbegriff an der Erhaltungsgefährdung, die der Zustand für den befallenen Organismus mit sich bringt. Es ist charakteristisch für lebende Wesen, daß sie sowohl in ihrer Bauart als auch in ihren Reaktionsweisen im allgemeinen an ihre gewöhnliche Umwelt angepaßt sind. Wir nennen ein Lebewesen angepaßt an seine Umwelt, wenn seine Bauart und die davon abhängigen Lebensäußerungen in dieser Umwelt die Erhaltung des Lebens gewährleisten. Uns begegnen nun nicht selten Lebewesen, welche diese Anpassung, sei es infolge äußeren Einwirkungen, sei es infolge der Bauart des Lebewesens selber, mehr oder weniger vermissen lassen, bei denen also die Erhaltung des Lebens beeinträchtigt ist. Den Zustand eines Lebewesens, das an den Grenzen seiner Anpassungsmöglichkeiten lebt, bezeichnet Lenz als krank. Es gibt also nach ihm alle Übergänge zwischen vollster Gesundheit und schwerster Krankheit. Einen biologischen Wesensunterschied zwischen Gesundheit und Krankheit gibt es nicht. Gesundheit bezeichnet den Zustand der vollen Anpassung, und ein Lebewesen ist in um so höherem Maße krank, je stärker seine Anpassung beeinträchtigt ist. Diesen allgemeinen Erörterungen folgt eine sorgfältige Übersicht über die krankhaften Erbanlagen für die Krankheiten der verschiedenen Organe. Hier wird zum ersten Male eine zusammenfassende Darstellung des ganzen Gebietes gegeben. Wenn diese auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit machen kann, da eine solche den Umfang des Buches noch bedeutend erweitert hätte, so bildet sie doch eine Grundlage, auf der weiter aufgebaut werden kann. Auch die erblichen Hautleiden und Mißbildungen der Haut, also das Gebiet, das der Verf. als das Kapitel der Genodermatosen aus den übrigen Hautkrankheiten herausgenommen hat, finden eine gute, wenn auch naturgemäß nicht erschöpfende Darstellung. Wer die Ausführungen von Lenz gelesen hat, wird sich sofort davon überzeugen, daß die Genodermatosen schon heute ein wichtiges Kapitel der gesamten Dermatologie darstellen. In einer weiteren Abhandlung spricht Lenz von dem Nachweis des Erbganges krankhafter Erbanlagen. In sehr vielen Fällen kann man nach Lenz aus der Natur einer Anomalie selber ihre idiotypischen Bedingtheiten erkennen, z. B. bei Mißbildungen, und trotzdem ist es schwer zu entscheiden, ob diese im wesentlichen durch eine oder mehrere Erbeinheiten zustande kommen. Auch der Erbgang einer einzelnen Erbanlage ist durchaus nicht immer klarzulegen, da experimentelle Züchtungen beim Menschen unmöglich sind. Der oft schwierige Nachweis Mendelscher Zahlenverhältnisse mußte noch vor wenigen Jahren dazu dienen, der Anerkennung des Mendelschen Gesetzes für den Menschen überhaupt Geltung zu verschaffen. Das ist nun heute glücklicherweise nicht mehr nötig. Die Feststellung der Zahlenverhältnisse dient daher heute mehr der Unterscheidung zwischen den verschiedenen Möglichkeiten des Erbganges sowie der Beurteilung, ob bei einem Leiden außer der Erbanlage auch Außeneinflüsse mitwirken. Bei der Besprechung der Neuentstehung krankhafter Erbanlagen geht Lenz auf den Einfluß von Giften auf die Erbmasse näher ein. In Betracht kommen:

Digitized by Google

Alkohol, Blei, Quecksilber, Chinin, Jod, Arsen und verwandte Stoffe. Obwohl Lenz weit davon entfernt ist, wie die Naturheilkundigen die Anwendung von Giften in der Heilkunde überhaupt zu bekämpfen, so verweist er doch auf deren schädliche Wirkung auf die Keimzellen. Zur Erklärung der Schwächlichkeit der Kinder von Syphilitikern liegt es nach seiner Meinung sehr nahe, an die schädlichen Wirkungen von Quecksilber, Jod, Arsen auf das Keimplasma zu denken. In diesem Punkte werden ihm die Dermatologen deshalb nicht zustimmen, weil wir ja gerade nach der Behandlung von Syphilitikern mit den genannten Mitteln oft kräftige und gesunde Kinder zur Welt kommen sehen, in Fällen, in denen vor der Behandlung nur Fehlgeburten und totfaule Früchte als Folge der Spirochätensepsis geboren wurden. Im letzten Abschnitt seiner gedankenreichen Arbeit behandelt Lenz die Erblichkeit der geistigen Begabung. Jeder denkende Mensch, der sich mit soziologischen, hygienischen und erzieherischen Fragen beschäftigt, wird die Ausführungen von Lenz mit großem Interesse lesen. Als eine der allerwichtigsten rassenhygienischen Einrichtungen bezeichnet er die Tatsache, daß es völlig hoffnungslos sei, durch Erziehung und Übung das Menschengeschlecht zu heben. „Wem es niederdrückend erscheinen mag, daß alles, was wir durch immer strebendes Bemühen an unserer Vervollkommnung vielleicht erreichen können, doch nicht in die Erbmasse unserer Nachkommen eingehen kann, der möge daran erinnert werden, daß anderenfalls die kommenden Geschlechter auch mit all dem Wust des Irrtums und Unsinns, der Verächtlichkeit und Gemeinheit der Vergangenheit und Gegenwart belastet sein würden. Soweit diese nicht aus dem erblichen Wesen der Zeitgenossen, sondern nur aus den Zeitumständen entspringen, brauchen unsere Nachkommen also nicht damit belastet zu sein. Die kommenden Geschlechter können sich wieder zur Höhe und Reinheit emporarbeiten, wofern wir nur dafür Sorge tragen, daß sie aus tüchtigen Ahnenerben stammen. Darauf kommt alles an. Es ist daher die große Schicksalsfrage unserer Rassen und Kultur, ob die Urteilsfähigkeit unserer Zeitgenossen noch ausreicht, den herrschenden Vorurteilen von der Allmacht der Umwelt entgegen die notwendige Umstellung unserer Lebensanschauung und aller unserer Einrichtungen durchzusetzen oder nicht.“ Zum Schluß wird die Frage der Begabung der verschiedenen Rassen behandelt. Selbstverständlich sind die erblichen Rassenanlagen nicht die alleinige Ursache der großen Kulturleistungen. Alle Kultur, alle Leistung entsteht vielmehr aus dem Zusammenwirken von Rassenanlage und Umwelt. — Ein Verzeichnis der wichtigsten Literatur schließt das bedeutungsvolle Werk ab. Aus seinem Inhalt konnten immer nur Stichproben herausgenommen werden. Die Ausführungen von Lenz sind überall gedankentief, originell und anregend. Sie sind für die ganze zukünftige Erbforschung und Bearbeitung der Genopathologie und der Genodermatose von grundsätzlicher Bedeutung. Jeder, der sich mit den Fortschritten der Wissenschaft vertraut machen oder selbst das Gebiet bearbeiten will, wird an diesem Standardwerk nicht vorübergehen können. Es ist als ein glücklicher Umstand anzusehen, daß sich diese drei hervorragenden Erblichkeitsforscher zusammengetan haben, um ein Werk zu schaffen, in dem nicht nur die theoretischen Grundlagen der Erblichkeitsforschung, sondern auch ihre praktische Anwendung auf den gesunden und kranken Menschen in überaus klarer und übersichtlicher Weise behandelt wird. Ich halte deshalb dieses Buch für das beste, das auf diesem Gebiet herausgegeben worden ist, zumal die Nomenklatur, deren Einarbeitung dem Anfänger ja stets die größten Schwierigkeiten bereitet, einheitlich durchgeführt und nicht zu stark mit neuen Ausdrücken belastet ist. Dieses Buch muß deshalb in die Hände jedes Wissenschaftlers und Praktikers kommen.

E. Meirowsky-Köln.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

e. Therapie.

Über das Wesen der intravenösen Sublimat-Salvarsaneinspritzung nach Lesser, von Stephan Rothman, Univ.-Hautklin. Gießen. (D. m. W., 1921, Nr. 3, S. 71—72.) Die chemischen Untersuchungen des sich bei dieser Mischung bildenden Niederschlags haben ergeben, daß darin metallisches Quecksilber vorhanden ist, es sich also um eine Reduktion des Sublimats handelt, die wahrscheinlich über Kalomel als

Digitized by Google

Zwischenstufe führt. Die hierzu notwendige Oxydation des Salvarsans ist quantitativ nur sehr gering. Der Reduktion des Sublimats zu Hg ist es zuzuschreiben, daß keine Venennekrosen vorkommen, wie bei Sublimateinspritzungen. Daß Embolien nicht vorkommen, liegt daran, daß die Hg-Klümpchen größtenteils submikroskopisch sind. Die Lösungen müssen aber immer frisch hergestellt werden, weil sich beim Stehen sonst die Teilchen fester aneinanderballen könnten. Der Niederschlag ist also ein Gemisch aus metallischem Hg und Salvarsan. A. de Lemos-Hamburg.

Über die einzeitige Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan-Novasurol, von W. Schmalz-Neukölln. (D. m. W., 1921, Nr. 35, S. 1021.) Gute Ergebnisse bei der einzeitigen Neosalvarsan-Novasurol-Behandlung. In einigen Fällen wurden Schädigungen der Venenwand beobachtet. Von 41 seropositiven Fällen waren 25 nach der Behandlung negativ geworden. F. Harry-Berlin.

Erfahrungen über Sublimatsalvarsan; seine besondere Eignung für die Abortivbehandlung, von F. Fischl und B. Schnepp-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 29, S. 873.) Im Wiener Krankenhaus haben Verff. 60 Fälle nach Linser erfolgreich behandelt. Bei Frauen wurde in viertägigen Intervallen mit 4 Injektionen von Neosalvarsan 0,45 und Sublimat 0,02 behandelt und mit 2 Injektionen von Neosalvarsan 0,6 mit Sublimat 0,02 abgeschlossen. Bei Männern wurde stets mit Neosalvarsan III und Sublimat 0,02 angefangen und nach viertägigen Pausen sechsmal Neosalvarsan 0,6 und Sublimat 0,02 gegeben. Unter den so behandelten Kranken kam nur einmal eine Temperatursteigerung über 38° (38,3°) vor. Besonders betont wird das rasche Verschwinden der Spirochäten; in 20 Fällen von behandelten Sklerosen waren dieselben aus dem Primäraffekte 24 St. nach der zweiten Injektion völlig verschwunden. Das gleiche gilt von dem Spirochätenbefund in den Lymphdrüsen. Rezidive bei sekundären Fällen waren allerdings zu verzeichnen; aber unter 20 Fällen von Initialsklerose, die zum Teil exzidiert, zum Teil zerstört, teilweise aber nur lokal mit 10%iger Kalomelsalbe behandelt wurden, waren nach ausgeführter Kur in der allerdings nur kurzen Beobachtungszeit von 4 Monaten keinerlei Zeichen von Lues nachzuweisen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Einzeitige intravenöse Jod-Salvarsanbehandlung der Lues, von L. Dub-Prag. (M. Kl., 1921, Nr. 18, S. 525.) Verf. löst 20 g Jodnatrium in 1000 ccm destilliertem Wasser, filtriert durch ein steriles Filter, um die Verunreinigungen des Jodnatriums zu entfernen, und fügt 0,3 reines Jod hinzu. Nach völliger Lösung des Jods ist die Flüssigkeit in einigen Stunden gebrauchsfähig. In brauner Flasche mit Glasstöpsel an dunklem Ort aufbewahrt, bleibt die Lösung wenigstens 2 Wochen brauchbar. Eine Erhitzung vor dem Gebrauch ist nicht angebracht. Von dieser Lösung wurden immer 20 ccm zur Aufnahme der wirklichen Dosis von Neosalvarsan verwendet und, ohne besondere Nebenerscheinungen zu erregen, intravenös eingeführt. Es ist ratsam, sich vorher durch eine kleine Gabe zu überzeugen, daß keine Idiosynkrasie gegen Salvarsan besteht. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Dosierung des Salvarsans, von Walter Brock-Kiel. (M. m. W., 1921, Nr. 32, S. 1017.) Die von Lewin aus toxikologischen und pharmakologischen Gründen angegebenen niederen Salvarsandosen haben sich bei der Behandlung des Menschen als vollkommen wirkungslos erwiesen. Dagegen bewährte sich das Verfahren von Scholtz, an zwei aufeinanderfolgenden Tagen innerhalb 6—8 Stunden zweimal 0,2—0,4 Altsalvarsan zu geben. Es entstand sogar kein Schaden, wenn man diesen Schlag nicht erst nach 4 Wochen, sondern schon nach 3—2—1 Woche wiederholte. Selbst ein von schwerer Syphilis, die mit quecksilberempfindlicher Nephrose vergesellschaftet war, Befallener vertrug das Verfahren glänzend. Vorbedingung ist die Feststellung der individuellen Salvarsanempfindlichkeit: Untersuchung auf Eiweiß, Urobilin, Urobilinogen und flüchtige Exantheme! A. v. Notthafft-München.

Wirkung von intravenösen Injektionen hypertonischer Zuckerlösungen bei Lues, von W. Pranter. Ges. d. Ärzte in Wien, 1. April 1921. (W. m. W., 1921, Nr. 15, S. 682.) Salvarsan wurde in Traubenzucker gelöst, wodurch nebenbei die Lösung des Salvarsans haltbarer wurde. Auch Kyrle berichtet über mehrere Hundert so behandelter Fälle. Sonst half Traubenzucker bei Urtikaria, Psoriasis und Lichen ruber. E. Riebes-Königsberg.

Über Neosilbersalvarsannatrium, von Leo Dub-Prag. (M. m. W., 1921, Nr. 40, S. 1293.) Das Neosilbersalvarsannatrium zeigt in der gleichen Dosierung wie Neosalvarsan einen höheren Heilwert, der jedoch den der gleichen Dosis des Altsilbersalvarsans nicht erreicht. Das Fehlen des angioneurotischen Symptomenkomplexes und die Gut-

Digitized by Google

artigkeit der in etwa 30% der Fälle auftretenden Ausschläge sind wesentliche Vorteile. Man kann es intramuskulär verabreichen (1 ccm 2%ige Novokainlösung und 1 ccm sterile wässerige Zuckerlösung [Zucker und Wasser āā] und 0,2 Neosilbersalvarsannatrium); der Nachschmerz schwindet aber dabei nicht und immer entstehen Schwellungen und kleine intramuskuläre Nekrosen. Man kann daher während einer Kur immer nur ein intramuskuläres Depot setzen (zweite Neosilbersalvarsannatrium-Injektion). Die intramuskuläre Methode kommt bei schlechten Gefäßen und zugleich mit der intravenösen Applikation bei lebensgefährlicher Syphilis in Betracht. Für eine gewöhnliche Syphilis zweiten Grades sind 9 Injektionen (8 intravenöse) nötig. Daneben gibt man in Prag Kontraluesin. Sehr günstig wurde die syphilitische Nierenentzündung beeinflußt.

A. v. Notthafft-München.

Zur Entstehung und Verhütung von Salvarsanschädigungen, von Albert Markus-München. (B. kl. W., 1921, Nr. 33, S. 965.) Verf. beschreibt nach Erfahrungen an einem Material von 70000 Injektionen die Ursache der Schädigungen, die in den schadhaften Präparaten, in der Herstellung und Anwendung der Lösung, wie im Körper des Behandelten liegen können. Ferner stellt er eine Reihe von Thesen auf, die bei der Anwendung des Salvarsans streng zu beobachten sind.

G. Heymann-Elbing.

Weitere Versuche über die Herabsetzung der Salvarsantoxizität, von Hans Wiesenack. (B. kl. W., 1921, Nr. 30, S. 845.) Durch Narkotika kann das Gehirn für den durch Salvarsan gesetzten Reiz weniger empfindlich gemacht werden. Durch Gaben von hypertonischen Lösungen 24 Stunden vor der Salvarsaninjektion können die Nebenerscheinungen bedeutend herabgesetzt werden. G. Heymann-Elbing.

Zur Kasuistik des fixen Salvarsanexanthems, von Fritz Stern. (B. kl. W., 1921, Nr. 32, S. 918.) Verf. beobachtete bei zwei Pat. unmittelbar im Anschluß an die Injektion von Neosalvarsan das Auftreten von Exanthemen, die auf das Gesicht beschränkt waren. Bei ganz langsamer Injektion traten die Erscheinungen viel geringer auf.

G. Heymann-Elbing.

Über den Einfluß der Salvarsanexantheme auf den Verlauf der Syphilis, von C. Bruck. (B. kl. W., 1921, Nr. 20, S. 518.) Verf. hat an Hand von vier geschilderten Fällen nach Verlauf von schweren Dermatitiden auch einen günstigen Verlauf der Syphilis festgestellt. Er betont den Einfluß der Hauttätigkeit im allgemeinen auf den Verlauf und den Ablauf der Lues. Die starke Hautreaktion unterstützt die Wirkung der Spezifika. Von großem Einfluß sind physikalische, auf eine starke Hautreaktion hinzielende Methoden (Glühlichtbäder, Quarz- bzw. Höhensonnenbestrahlungen) während der Kur. G. Heymann-Elbing.

Zur Kritik des Salvarsanikterus, besonders des Spätikterus nach Salvarsan, von Paul Tachau-Braunschweig. (D. m. W., 1921, Nr. 24, S. 677—679, und Nr. 25, S. 711—712.) Die Bezeichnung Salvarsanikterus soll verschwinden. Es muß in jedem Fall genau abgegrenzt werden, ob es sich um einen syphilitischen Ikterus handelt oder nicht. Verf. gibt bei luetischem Ikterus zuerst kleine und später die üblichen Dosen. Heilt der Ikterus unter Salvarsanbehandlung nicht ab, so wird Hg verabreicht. Die gleichzeitige Behandlung mit Salvarsan und Hg bei bestehendem Ikterus hält Verf. für zu rigoros. F. Harry-Berlin.

Frühes Neurorezidiv unter dem Bilde einer isolierten Trochlearislähmung, von Ladislaus Nyáry-Budapest. (D. m. W., 1921, Nr. 37, S. 1095—1096.) Verf. berichtet über einen Fall von isolierter Trochlearislähmung nach einer ungenügenden Salvarsanbehandlung. Die Lähmung war wahrscheinlich nukleären Ursprungs und durch Veränderung der den Kern versorgenden Arterie verursacht. F. Harry-Berlin.

Neurorezidiv der Cauda equina, von A. Zloczower-Stuttgart. (M. Kl., 1921, Nr. 12, S. 345—346.) Ein kräftiger Kriegsteilnehmer kam etwa 2 Jahre nach erfolgter syphilitischer Infektion, welche zweckentsprechend mit Salvarsan und Quecksilber behandelt worden war, zur neurologischen Untersuchung wegen ausgesprochener Inkontinenz der Sphinkteren der Blase und des Mastdarms bei gleichzeitig vorhandenem aber abgeschwächtem Gefühl für das Durchtreten von Urin und Stuhl. Außerdem bestanden Störungen der Sensibilität, indem von der Höhe der Spinae iliacae abwärts die Sensibilität für sämtliche Qualitäten aufgehoben war, und der sexuellen Potenz. Blut WR ÷, Liquor WR ÷, Phase I +, Lymphozytose gering, Lumbaldruck nicht erhöht. Bei der digitalen Untersuchung des Mastdarms und beim Katheterisieren der Blase fällt der

Digitized by Google

äußerst geringe Widerstand der Sphinkteren auf. Verf. nimmt eine Affektion im Gebiet der Cauda equina an, nicht eine Konusaffektion. Die Prognose ist entschieden ernst.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Meningitische Symptome im Frühstadium der Syphilis bei Salvarsanbehandlung, von Gustav Stümpke-Hannover. (M. m. W., 1921, Nr. 31, S. 987.) Bei einem schlecht behandelten Sekundärsyphilitiker trat mitten in der vernachlässigten Behandlung ein meningitischer Symptomenkomplex auf. A. v. Notthafft-München.

Untersuchungen über Blutgerinnung II, von Edgar Wöhlisch-Kiel. (M. m. W., 1921, Nr. 30, S. 941.) Während einer Neosalvarsankur trat bei einem Bluter immer im Anschluß an eine Salvarsaninjektion eine Blutung, meist ins Zahnfleisch, auf. Nach Aufhören der Einspritzungen hörten auch die Blutungen auf. Verf. erklärt die Sache durch die staseerzeugende Wirkung des Mittels. A. v. Notthafft-München.

Über einen Fall von Salvarsanvergiftung in der Schwangerschaft mit tödlichem Ausgang im Wochenbett, von H. Lorenzen-Jena. (Zbl. f. d. ges. M., 1921, Nr. 39, S. 1407—1412.) Ein Fall von schwerem Salvarsanexanthem einer Schwangeren verlief tödlich infolge septischer Allgemeininfektion im Wochenbett. Da die Frau intra partum nicht innerlich untersucht wurde, ist eine Keimverschleppung von außen abzulehnen und als Ausgangspunkt der Puerperalsepsis die geschwürigen Hautveränderungen an den äußeren Genitalien, die unter der begünstigenden Einwirkung des Geburtstraumas als Folge der Salvarsanvergiftung entstanden waren, anzusehen.
G. Assmann-Kiel.

Serien von Schädigungen durch Arsenobenzol (Les accidents en série dus aux arsénobenzols), von L. Cheinisse. (Presse méd., 1921, Nr. 39.) Neuerdings haben verschiedene Autoren in der französischen Presse über ernstere Schädigungen beim Gebrauch von Neosalvarsan berichtet. Nach dem einen Berichte (Oltramare-Genf) erkrankten am selben Tage vier Patienten in besorgniserregender Weise. Verf. führt die Störung auf die Anwesenheit von Arsenoxyd im Präparate zurück, dessen Vorhandensein sich schwer nachweisen läßt, und das noch insofern eine Gefahr bietet, als Kaninchen verhältnismäßig viel widerstandsfähiger gegen dies Gift sind als Menschen. Man achte deshalb genau auf die Nummer des jeweiligen Paketes, um die mit der schädlichen Beimischung behafteten Präparate ausscheiden zu können.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Salvarsantodesfall, von R. Hanser-Ludwigshafen. (Verhandl. d. Deutsch. Path. Ges., Jena 1921.) 23jähr. Mädchen erkrankte unmittelbar nach intravenöser Injektion von 0,4 Altsalvarsan in saurer Lösung schwer und starb auf dem Transport ins Krankenhaus. Die klinischen Erscheinungen sprachen einwandfrei für Lungenembolie (Hustenreiz, Atemnot), während der später einsetzende Ohnmachtsanfall bzw. Bewußtseinsverlust durch Verlegung kleinster Gefäßäste des Gehirns bedingt schien. Histologisch ließ sich nachweisen, daß ungelöste Salvarsanpartikelchen als solche bzw. in Verbindung mit Thrombose die Lungengefäße verlegt, mithin die klinisch festgestellten Lungensymptome verursacht hatten. Nach Passieren des Lungenkreislaufes konnte das Material in das linke Herz und von da in den übrigen Körper, u. a. in das Gehirn gelangen. H. nimmt an, daß weder Säuregrad noch auch das Arsen als Gift Todesursache wurden, daß vielmehr rein mechanische Verhältnisse, nämlich Verstopfung der Kapillaren des kleinen, schließlich des großen Kreislaufes verantwortlich zu machen sind. (Es scheint dem Ref. irreführend, vorstehenden Fall als Salvarsantodesfall zu bezeichnen.)
O. Gans-Heidelberg.

Malariatod durch Salvarsanschädigung, von F. Glaser-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 29, S. 867.) Ein 28jähr. Kaufmann erhielt wegen frisch aquirierter Lues drei Spritzen Kalomel und zwei Spritzen Neosalvarsan (zu 0,15 und 0,3), worauf er mit Fieber, ziehenden Schmerzen im ganzen Körper und großer Mattigkeit acht Tage lang bettlägerig war. Danach Weiterbehandlung mit sieben Spritzen Natriumsalvarsan. Zwei Tage nach der letzten Spritze erneutes Fieber, Schüttelfröste, starke Gelbfärbung der Haut und Schleimhäute, stark vergrößerte Milz, keine Lebervergrößerung, im Urin Gallenfarbstoff, Urobilin und Urobilinogen. Im gefärbten Blutpräparat zahlreiche Malariaplasmodien, viele Halbmonde und fein gezeichnete Siegelringformen. Pat. gab an, niemals an Malaria erkrankt gewesen zu sein, war aber in England als Zivilinternierter mit Indern zusammen, die an Malaria litten. Trotz energischer Behandlung erfolgte in acht Tagen der Tod. Die Sektion ergab: Malaria tropica, Nephrosis gravis, Oedema pulmonum usw. Offenbar hatte durch die Salvarsanbehandlung eine starke „Provokation" der latenten Malaria stattgefunden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Ulcus molle.

Über Milchbehandlung bei entzündlichen Prozessen, speziell beim Ulcus molle, von F. Berndt-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 6, S. 164—165.) Sehr günstige Resultate bei etwa 30 Fällen von Ulcus molle unter Milchbehandlung hat B. im städtischen Krankenhaus Südufer zu Berlin beobachtet. Es wurde dabei Vollmilch, die 10—15 Minuten lang gekocht und auf Körpertemperatur abgekühlt war, in Dosen von 3—10 ccm subkutan am Oberschenkel injiziert. Es empfiehlt sich dabei, nicht das ganze Quantum an derselben Stelle zu deponieren, sondern nach Art der Infiltrationsanästhesie zu verteilen. In der Regel genügten zur Heilung des Unna-Ducreyschen Geschwürs zwei Dosen zu je 6—10 ccm. Besonders für die an schwer zugänglichen Körperstellen, Analfurche, Orificium externum, gelegenen Ulzera ist die Methode sehr zu empfehlen. Fieber trat nicht bei allen Kranken auf und scheint zur Heilung durchaus nicht unentbehrlich zu sein. Die Injektionen sind in Abständen von 2—5 Tagen zu wiederholen. Auch bei der Behandlung von Bubonen, sowohl geschlossenen wie schankrösen, auf blennorrhoischer Basis hat Verf. gute Erfolge gesehen. Erstaunlich schnell heilte (in 36 Stunden!) ein großer phlegmonöser Kruralbubo, der im Anschluß an Stiefeldruckdekubitus entstanden war. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung von Bubonen mit Milchinjektionen, von Gustav Fantl. (W. m. W., 1921, Nr. 17, S. 762—764.) Die Erfolge waren im ganzen gut. Am besten mit stark gewässerter, kurz vor der Einspritzung gekochter Milch. Die Heilwirkung fand statt ganz unabhängig von der Schmerzreaktion und dem Fieberverlauf. Die Ulcera mollia selber wurden gar nicht beeinflußt. Günstig dagegen drei luetische Bubonen. E. Riebes-Königsberg.

Blennorrhoe.

a. Ätiologie.

Über den Einfluß der obligatorischen Prophylaxe und Anzeigepflicht der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, von Rudolf Hirsch-München. (M. m. W., 1921, Nr. 38, S. 1223.) In Bayern ist seit 1910 und 1911 die obligatorische Einträufelung von Argentum in die Augen der Neugeborenen bzw. die Anzeigepflicht bei Ophthalmoblennorrhoe eingeführt. Die Folge war, daß die Zahl der Ophthalmoblennorrhoen der Neugeborenen im Jahre 1912 von 5‰ auf 1,0‰ abfiel, um sich jetzt auf etwa 0,7‰ zu halten. A. v. Notthafft-München.

Das Okklusivpessar als Schutzmittel gegen die männliche Gonorrhoe, von J. Saudek-Brünn. (M. Kl., 1921, Nr. 29, S. 875.) Verf. empfiehlt das Einlegen eines Okklusivpessars als Schutzmittel gegen die Übertragung der blennorrhoischen Infektion vom Weibe auf den Mann und auch umgekehrt. Er verkennt dabei nicht, daß außer der Portio cervicalis uteri die Harnröhrenmündung und die Bartholinischen Drüsen Hauptsitze der Gonokokkenwucherung abgeben, glaubt aber, daß die beschriebene Maßregel viele Infektionen verhüten könne. Lesser (B. kl. W., 1920, Nr. 1) meint allerdings, daß das Verfahren sich nicht bewährt habe. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Lebensdauer und anaerobe Züchtung der Gonokokken, von Buschke und E. Langer-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 3, S. 65—67.) Von der Überlegung ausgehend, daß die Züchtung der Gonokokken im Serumröhrchen unter Luftabschluß mehr den Verhältnissen im menschlichen Körper analog sei als das Plattenverfahren, haben Verf. anaerobe Kulturen mit guten Resultaten angelegt. Im Serumröhrchen mit Paraffin überschichtet halten sich die Kulturen $^1/_4$ Jahr und länger lebensfähig. Die Kulturen in den flüssigen Nährböden zeigen langsameres Wachstum als auf sämtlichen festen Nährböden; sie sind aber Temperaturschwankungen gegenüber viel resistenter. Temperaturen von 15—41° wurden von allen Stämmen im Serumröhrchen vertragen. Die Impfung der Serumröhrchen wurde sowohl von frischen Plattenkulturen als mit Eiter direkt vorgenommen. Es scheint sich dies Verfahren also zur Herstellung von Dauerkulturen zu eignen. A. de Lemos-Hamburg.

b. Pathologie und Klinik.

Über die Beziehungen der Gonokokken zur Amyloidentartung, von A. Buschke und E. Langer-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 38, S. 1136.) Die Verf. haben durch zahlreiche Tierversuche festgestellt, daß nur in wenigen Fällen unter einer großen Anzahl Amyloid mit Gonokokken zu erzeugen sind, ferner, daß es sich bei den positiven

Digitized by Google

Befunden um ein zufälliges und nicht gesetzmäßiges Ergebnis handelt. Die Gonokokken sind tatsächlich imstande, Amyloid zu erzeugen, die Vakzine dagegen nicht.

G. Heymann-Elbing.

Über Epididymitis non gonorrhoica (bacteritica), von J. Schäffer-Breslau. (M. Kl., 1921, Nr. 12, S. 335—337.) Die Möglichkeit einer nicht auf blennorrhoischer und nicht auf tuberkulöser Basis beruhenden Epididymitis wird vielfach ignoriert oder gar geleugnet, Verf. hat im Laufe der Jahre eine größere Reihe solcher Fälle gesehen (67), die durch Verschleppung banaler Eitererreger auf dem Wege des Vas deferens durch retroperistaltische Bewegungen von der Urethra aus entstanden waren. Daß derartige retroperistaltische Vorgänge erfolgen können, ist durch Untersuchungen von Löw, Oppenheim und Schindler als erwiesen anzunehmen. Die bakteriologische Untersuchung des Punktats des Nebenhodens (wobei man zweckmäßig möglichst frische Fälle untersucht) ergab dem Verf. sechsmal Staphylococcus aureus, zweimal gramnegative, zweimal grampositive Stäbchen und einmal gramnegative Kokken, während sechs Punktate sich als vollständig steril erwiesen. In allen untersuchten Fällen konnten Tuberkulosebazillen und Gonokokken mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden. Klinisch zeichnet sich das Bild durch das starke Vorspringen der Herde aus, so daß oft ganz groteske Formen entstehen. Zur Behandlung sind Umschläge mit 2%iger Resorzinlösung in 50%igem Spiritus in erster Linie zu empfehlen und zur Förderung der Resorption 3%iges Mesotanvaselin als Salbenverband oder auch Jothionsalbe (3%). Gelegentlich hat Sch. Azoospermie im Anschluß an eine doppelseitige Erkrankung beobachtet.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Periartikuläre gonorrhoische Abszesse, von Schuscik. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilkunde, 25. Nov. 1920. (W. m. W., 1921, Nr. 19, S. 855.) Säuglinge mit Vulvovaginitis gonorrhoica erkrankten an Abszessen außen am Sprunggelenk und an der Schulter. Inzision: Im Eiter Gonokokken. Heilung in 1—2 Wochen.

E. Riebes-Königsberg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Priv.-Doz. Dr. Franz Blumenthal in Berlin erhielt die Dienstbezeichnung a. o. Professor.

Die Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia wählte Prof. Francesco Radaeli zum Präsidenten und Prof. Agostino Pasini in Mailand zum Vizepräsidenten.

Gestorben: Ende Dezember, im Alter von 79 Jahren, Heinrich Kasten, Präparator der Moulagensammlung im Allgemeinen Krankenhause St. Georg zu Hamburg. Ein geborener Hamburger, kam K. als junger Bildhauer nach Berlin und hatte schon früh Erfahrungen im Abformen und Wachsgießen gewonnen. O. Lassar stellte ihn bei sich an und gab dadurch Anlaß zu der Entstehung einer der ersten Moulagensammlungen Deutschlands. 18 Jahre war er dort tätig. Mit dieser Sammlung, die von der Witwe Lassars dem Hamburger Staate geschenkt worden war und von diesem der Arningschen Abteilung im Krankenhause St. Georg zur Verwahrung überwiesen wurde, kam Kasten in den hamburgischen Staatsdienst. Seit Januar 1908 hat er unter Arnings Leitung weiter gearbeitet, so daß die Sammlung jetzt auf das Doppelte angewachsen ist und zu den bedeutendsten ihrer Art gezählt werden kann. Die markante Persönlichkeit Kastens, der mit großer Kunstfertigkeit und vortrefflichem Gedächtnis eine große Bescheidenheit verband, und sein in 32 Jahren geschaffenes Werk sichern ihm ein dauerndes, ehrendes Gedächtnis.

Dr. J. Morton Boice, gewesener Assistent der urologischen Abteilung des Medico-Chirurgical College in Philadelphia.

Dr. Joachim de Giacomi, Priv.-Doz. für innere Medizin in Bern, bekannt durch seine Färbemethode für Lustgartensche und Smegmabazillen. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. Februar 1922 | Nr. 6 | Band 74

Über Lupus erythematodes acutus.

Von

Dr. L. Görl und Dr. Leonhard Voigt in Nürnberg.

Die nosologische Stellung des Lupus erythematodes ist noch eine umstrittene. Den Angelpunkt der ganzen Frage bildet die Beziehung zur Tuberkulose, die von einem Teil der Forscher als in jedem Fall gegeben erachtet wird, von anderen dagegen abgelehnt wird, während wieder andere die Tuberkulose nur für einen mehr oder weniger großen Prozentsatz der Fälle als ätiologisches Moment gelten lassen wollen, also eine einheitliche Ursache ablehnen.

In noch höherem Maße herrscht diese Uneinigkeit bei der seltenen Erkrankung des Lupus erythematodes acutus. Schon die Abgrenzung dieses Krankheitsbildes ist keine scharfe. Die Zugehörigkeit des Boeck-schen Tuberkulids wird nur von wenigen mehr vertreten.

Im allgemeinen kann man drei Formen unterscheiden.

1. Lupus erythematodes disseminatus Kaposi — eine Form, welche auch ohne Störung des Allgemeinbefindens verläuft und sich von dem chronischen diskoiden Lupus erythematodes nur dadurch unterscheidet, daß die einzelnen Herde in größerer Zahl und schubweise auftreten und sich an verschiedenen Körperstellen lokalisieren.

2. Lupus erythematodes discoides acutus Kaposi — Formen, bei welchen ein akuter Ausbruch sich einstellt, nachdem vorher typischer Lupus erythematodes discoides bestanden hatte, oder bei denen ein solcher im weiteren Verlauf der Krankheit eintritt. Dieses akute Stadium stellt eine schwere fieberhafte Erkrankung dar, mit multiformen Hauterscheinungen, erythematöser, hämorrhagischer, vesikulöser, bullöser oder krustöser Natur.

3. Reiner Lupus erythematodes acutus — analoge Fälle, wie die unter 2. beschriebenen, jedoch ohne Vorhandensein oder Auftreten eines chronischen Lupus erythematodes discoides.

Die Zugehörigkeit der dritten Form zum Lupus erythematodes hat man vor allem aus der zweiten gemischten Form erschlossen.

In den Erscheinungsformen herrscht bei dieser seltenen Erkrankung die bunteste Mannigfaltigkeit vor. Ähneln manche Fälle einer Purpura, so gleichen andere dem Bilde einer Urtikaria. Vielfach liegt auch ein Vergleich mit dem Erythema exsudativum multiforme nahe, man spricht dann sogar von einem Lupus Iris. Manchmal kommt es auch zur Ausbildung erysipelartiger Krankheitsherde — Erysipelas perstans (Pseudoerysipelas) — vor allem im Gesicht.

Digitized by Google

Ehe ich weiter auf die Ätiolgie der Erkrankung eingehe, möchte ich über einen Fall referieren, der vor kurzem in unsere Behandlung kam. Die Übersendung des Kranken verdanken wir Herrn Dr. Gerlach-Nürnberg.

Es handelte sich um eine 34jährige Frau, die von Jugend auf immer herzleidend gewesen war. Mit 19 Jahren litt sie an Muskelrheumatismus, mit 25 Jahren an Rippenfellentzündung, mit 28 kam sie 3 Monate in eine Lungenheilstätte.

Ein Jahr später, 1916, trat während einer Schwangerschaft, unter Fieber eine starke fleckige Rötung am Halse auf, die 3—4 Wochen bestand, und auf Salbenbehandlung wieder verschwand. 1919 zeigten sich an Hals und Stirn ähnliche Flecken, die sich auch bald wieder verloren.

Am 31. V. 1921 erschien die Kranke in unserer Sprechstunde. Sie gab an, vor 6 Wochen eine Rötung und Blasenbildung an der Stirn bekommen zu haben, der Ausschlag habe sich dann langsam immer weiter ausgebreitet, seit 14 Tagen seien auch die Arme mit ergriffen. Zuerst entstünden kleine runde Flecken, die sich immer weiter vergrößerten.

Die Frau machte einen schwerkranken Eindruck. Sie hatte Fieber bis 38°. Die Stirne zeigte eine erysipelartige Rötung, die sich gegen die Haargrenze zu allmählich verlor. Das Gesicht war frei von Krankheitserscheinungen, nur auf der linken Wange fand sich eine pfennigstückgroße, dunkelrote, glatte, scharf begrenzte Stelle, die über das Niveau der umgebenden Haut leicht erhaben war. Eine Schuppung fehlte, auch war das Zentrum nicht eingesunken. Gleichartige uncharakteristische Flecken zeigten sich auch vereinzelt in geringer Anzahl auf der Brust und am Rücken. Sie schienen Ausläufer eines großen Krankheitsherdes zu sein, der sich am Halse ausbreitete, und zwar beiderseits — links mehr wie rechts — und etwa handbreit auf dem Rücken und auf die Brust herabreichte. Der äußere Rand dieser dunkelrot verfärbten Bezirke erschien unregelmäßig, aber scharf konturiert, und intensiv gerötet. An den zentralen Partien dieser großen Plaques war die Haut nicht eigentlich mit Schuppen bedeckt, sondern erschien sehr dünn, fast wie gefältelt. Ein gleiches Bild zeigten die Unterarme, besonders an den Streckseiten und am Handrücken, wo irisartige Bilder auftraten. Die erkrankten Hautpartien fühlten sich heißer an als die Umgebung. An der Vorderseite des rechten Unterschenkels bestand ein derber, etwa walnußgroßer, bläulich verfärbter Knoten.

Der Puls war klein, beschleunigt. Es fanden sich die Zeichen einer Mitralinsuffizienz. Über der linken Lungenspitze ließ sich eine deutliche Dämpfung des Perkussionsschalles nachweisen. Auskultatorische Phänomene fehlten.

Abends Fieber bis über 40°, Schüttelfröste.

3. VI. Die letzten 3 Tage hohes Fieber und große Schwäche.

4. VI. Staphylokokkenvakzine, 50 Millionen. Digipurat.

5. VI. Kein Fieber mehr, daher wird von der in Aussicht genommenen Blutaussaat Abstand genommen. Rötung am Handrücken abgeblaßt, in geringem Grade links. Am Halse wenig Veränderung. Von der Hauptstelle aus schieben sich vereinzelte, etwas über linsengroße, braunrote, uncharakteristische Flecken vor.

Blutbild:	Neutrophile Leukozyten . . .	79,4%
	Eosinophile Leukozyten . . .	1,3%
	Lymphozyten	17,3%
	Mononukleäre	1,3%
	Mastzellen	0,7%

6. VI. Fieberfrei. Die Erscheinungen gehen weiterhin zurück.

7. VI. 100 Mil. Staphylokokkenvakzine. Die Krankheitsherde nehmen einen bläulichroten Farbton an.

9. VI. 150 Mill. Vakzine.

11. VI. 200 Mill. Vakzine. Die Kranke erholt sich zusehends, bekommt guten Appetit, fühlt sich kräftiger. Dauernd fieberfrei. Langsame Rückbildung der Krankheitserscheinungen, neue Schübe treten nicht mehr auf.

14. VI. 300 Mill. Vakzine. Urin frei von Eiweiß und Zucker.

21. VI. Die Kranke erscheint heute wieder in der Sprechstunde. Es besteht noch Anämie, doch fühlt sich die Patientin im allgemeinen wohl. Alle Krankheitserscheinungen sind z. T. unter Hinterlassung bräunlicher Pigmentierungen abgeheilt.

Digitized by Google

Einige Wochen später stellte sich die Frau noch einmal vor. Sie fühlte sich vollkommen gesund. Außer geringen Pigmentierungen war an ihr nichts mehr von der überstandenen Krankheit zu bemerken. Sie ging in den Dienst als Haushälterin aufs Land.

Der hier geschilderte Fall ist in vielfacher Beziehung interessant. Einmal ist auffallend, daß die Erkrankung in mehreren zeitlich getrennten Schüben auftrat (1916, 1919, 1921), während die dazwischenliegenden Zeiten völlig frei von Krankheitserscheinungen geblieben waren, insbesondere zeigten sich nie Herde von Lupus erythematodes discoides.

Aus der Vorgeschichte geht wohl mit ziemlicher Sicherheit hervor, daß die Frau an Tuberkulose gelitten hat, auch ließen sich während der Dauer der akuten Erkrankung noch Reste eines solchen Leidens feststellen. Die Erscheinungsform dieser akuten Krankheit aber war die einer Sepsis, „einer Überschüttung des Körpers mit infektiösem Material", wie Jadassohn (1) sich ausdrückt.

Die Frage nach den Urhebern dieses schweren sepsisartigen Krankheitsbildes ist aber noch ungeklärt. Zwar wird immer wieder der Tuberkelbazillus genannt, doch hat man ihn in den Krankheitsherden nie finden können. Auch positive Impfversuche sind von verschiedenen Seiten berichtet worden, aber noch zu spärlich, um überzeugen zu können. Man kann sich auch nur schwer vorstellen, wie dieser Keim, von irgend einem Herd aus plötzlich auf der Haut so schwere Erscheinungen machen kann, und die übrigen Organe völlig frei läßt. Nun hat man auch zu der sogenannten Toxintheorie gegriffen, den Lupus erythematodes als Exanthem der Tuberkulose auffassen wollen, ohne jedoch mit dieser Ansicht über die Theorie hinauskommen zu können. In unserem Falle müsste die Überschwemmung mit Toxinen wohl von dem alten Lungenherd ausgegangen sein, warum kam es dann aber nicht zu einer Herdreaktion an dieser Stelle? Während der ganzen Dauer des fieberhaften Prozesses blieb der Lungenbefund unverändert! Auch das Blutbild ließ alles für Tuberkulose charakteristische vermissen. Die Lymphozyten, die dort vermehrt sind, waren hier vermindert.

Das eine muß ja zugegeben werden: Unter den an Lupus erythematodes-Kranken befinden sich sehr viele, welche irgend wann einmal tuberkulöse Erscheinungen geboten haben. Aber es sind ihrer auch viele, von denen sich dies nicht nachweisen ließ, und sogar unter den Fällen, die zur Sektion kamen, findet sich eine nicht geringen Anzahl, die keinerlei Zeichen von Tuberkulose aufwiesen. So haben im Vorjahre erst Cranston Low und Andrew Rutherford (2) über einen zur Sektion gekommenen Fall berichtet, bei dem sich absolut keine Tuberkulose nachweisen ließ, obwohl alle Drüsen usw. genau durchforscht wurden. An und für sich beweist ja meines Erachtens die Auffindung eines alten Tuberkuloseherdes an der Leiche gar nichts, gibt es ja Pathologen, welche bei 96% aller zur Sektion kommenden Menschen Reste überstandener tuberkulöser Infektion nachweisen wollen. Bei gleicher Argumentation könnte man da für die verschiedensten Krankheiten die Tuberbulose als ätiologischen Faktor geltend machen.

So haben denn auch eine ganze Reihe von Autoren die Tuberkulosehypothese fallen gelassen und sind zu der Annahme gekommen, daß es sich hier um eine spezifische Infektionskrankheit nichttuberkulöser Natur

Digitized by Google

handele, deren Erreger bis jetzt nicht gefunden ist (Eichhoff, Kopp, Robinson, Unna, Veiel, Wolff, Zeisler).

Ob es sich aber dabei um einen einheitlichen Erreger handelt, erscheint fraglich. Der Gedanke liegt nahe, daß da eine bestimmte Reaktionsform einer bestimmt gearteten Haut auf verschiedenartige Krankheitserreger vorliegt. Vielfach wurden Streptokokken genannt. So gelang es Török, bei einem derartigen Kranken Streptokokken im strömenden Blute nachzuweisen, und ebenso fanden Cranston Low, Logan und Rutherford (3) im Herzblut eines zur Sektion gekommenen Kranken Streptokokken. Barber (4) beschreibt eine akute Eruption von Lupus erythematodes infolge lange währender Resorption von Toxinen durch abnorme Mengen von Streptokokken im Darm und erwähnt einen zweiten Fall (5), wo bei einem jungen Mädchen das Auftreten eines Lupus erythematodes mit einer Streptokokkenangina zusammenfiel und auch mit dieser wieder verschwand. Hartzell (6) sah Heilung der Krankheit nach Entfernung kariöser Zähne, und auch wir selbst konnten bei einem Fall auf die gleiche Weise weitgehende Besserung erzielen. Low und Rutherford (2) konnten auch in einem ihrer Fälle Besserung der Hauterscheinungen durch Zahnextraktionen und Staphylococcus longus-Vakzine erreichen. Auch wir brachten den hier ausführlich geschilderten Fall mit Injektionen von Staphylokokkenvakzine zur Heilung, ohne daß irgend eine lokale Behandlung erfolgte. Bei der Aussichtslosigkeit der sonstigen Therapie könnte ein Versuch mit diesem oder einem ähnlichen Mittel wieder gemacht werden.

Das häufige Auftreten von Lupus erythematodes bei Tuberkulösen ließe sich auch in dem Rahmen einer sepsisartigen Infektionskrankheit zwanglos einfügen. Bei jeder vorgeschrittenen Lungenaffektion finden sich Mischinfektionen der verschiedensten Art, die zur Überschwemmung des Körpers mit Infektionserregern jederzeit Veranlassung geben können.

Für eine tuberkulöse Genese der Erkrankung fehlen aber die zwingenden Beweise, manche Sektionsprotokolle geben sogar völlig negative Befunde. Der Lupus erythematodes acutus stellt vielmehr eine sepsisartige Erkrankung dar. Dafür spricht einerseits der klinische Verlauf, andererseits die Besserung bzw. Heilung der Krankheit durch Entfernung lokaler Eiterherde und Injekiion von Vakzinen. Der Erreger des Leidens ist nicht bekannt, jedoch ist zu vermuten, daß verschiedenartige pathogene Bakterien (Streptokokken, Staphylokokken), bei dazu disponierten Personen das Krankheitsbild hervorzurufen imstande sind.

Literatur.

1. Jadassohn, Lupus erythematodes in Mračeks Handbuch der Hautkrankheiten. — 2. Cranston Low und Andrew Rutherford. Post-mortem Report on a Case of Lupus Erythematosus (The British Journal of Dermatology and Syphilis 1920). — 3. R. Cranston Low, W. R. Logan und Andrew Rutherford, A Fatal Case of Lupus Erythematosus with Autopsy. The Brit. Journ. etc. 1920. — 4. Barber, Ein Fall von akutem Lupus erythematosus. The Brit. Journ. etc. 1915. — 5. Barber, Ein Fall von Lupus erythematosus mit Streptokokkeninfektion der Tonsillen. The Brit. Journ. etc. 1915. — 6. Hartzell-Philadelphia, Lupus erythematosus und Herdinfektion. Archiv of Dermatology and Syphilology, Okt. 1920, Bd. 2 u. 4.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Klinik (Direktor: Prof. Rille) und aus dem Laboratorium für angewandte Chemie und Pharmazie der Universität Leipzig (Direktor: Geh.-Rat Paal).

Beiträge zur Kenntnis der in der dermato-venereologischen Praxis gebräuchlichen Balsamika.

Von

Priv.-Doz. Dr. Ernst Deussen.

(Fortsetzung.)

X. Pichiextrakt.

Geschichtliches.

Pichiholz (nebst Blättern?) soll seit alten Zeiten in Chile und in den angrenzenden Gegenden als Krebsheilmittel sowohl bei Krankheiten des Menschen wie des Viehs angewendet worden sein, z. B. von den Araukoindianern; allem Anschein nach benutzte man hierzu Blätter und dünne Zweige in Form von wäßrigen Abkochungen. Botanisch ist die Pichi liefernde Pflanze erstmalig 1805 von Pearsoon in seiner Synopsis plantarum beschrieben worden. Erst 1885 kamen kleinere Mengen der Droge, aus Blättern und Zweigen bestehend, auf den europäischen Markt, 1889 größere Mengen; sie wurde chemisch und auch physiologisch untersucht und 1893 von M. Friedländer als brauchbares Hilfsmittel bei Krankheiten der Harnorgane (akuter Gonorrhoe und Zystitis) empfohlen. Zu dieser Zeit war Pichi schon in Frankreich im Gebrauch bei Leiden der Harnwege und der Leber.

Botanisches.

Die Stammpflanze von Pichi (oder Pichi-Pichi) ist Fabiana imbricata Ruiz et Pavon, zu den Nikotianeen, einer Unterfamilie der Solanazeen, gehörig; sie ist heimisch in Chile, Argentinien, Peru; das Vegetationsgebiet liegt nach Ochsenius etwa zwischen dem 29.—37. Grad südlicher Breite. Die Pflanze bildet einen Halbstrauch von durchschnittlich 1 m Höhe, seltener bis 4 m. Er gedeiht nach Murillo an den Ufern von Flüssen und Bächen, dagegen nach Kortelletzki auf Feldern und sandigen Ufern in Chile, nach Ochsenius gleichfalls in trockenen Gegenden in einer Meereshöhe von 300—2000 m. Der Strauch ähnelt den Zypressineen (den Thujaarten) und auch gewissen Erikazeen, Ochsenius vergleicht das Aussehen mit einer Tamariske, während der Blütezeit aber ähnelt der Fabianastrauch einer Erikapflanze. Im einzelnen wird der Fabianastrauch folgendermaßen beschrieben. Er ist stark verzweigt, besitzt sehr hartes gelbweißes Holz und rauhe, längsrissige Rinde; die Blätter sind sehr klein, kurz, nadelförmig, teils lanzettlich zugespitzt (Davis), teils mit stumpfer eiförmiger Spitze (Murillo), sitzen dicht gedrängt, um die Achse spiralig angeordnet und decken sich dachziegelartig, deswegen auch Fab. imbricata (von imbricatus = dachziegelartig); an der inneren Anheftungsstelle der Blätter findet sich reichlich weißes, durchscheinendes, glasglänzendes Harz vor. Die weißliche oder lila- bis schwach violettfarbige Blüte wird zusammen mit dem Kelch 10—12 mm, selten bis 20 mm lang. Die Frucht ist eine holzige, eiförmige Kapsel mit vier hellbraunen, glänzenden, breiteirunden Samen.

Gewinnung, Aussehen und Beschaffenheit des Pichiextrakts.

Von dem Fabianastrauch werden Blätter, beblätterte Zweigspitzen und junge dünne Zweige (nach Ewald nur Zweige) zur Herstellung des Pichiextrakts benutzt; des öfteren sind dem Material wohl Blüten, Blüten-

Digitized by Google

teile und Früchte beigemengt; auch die stark harzhaltige Rinde scheint mit Verwendung zu finden; nach Lyons (bei Dorvault) sind nur die vollständigen Zweige zu verwenden, nicht das Holz, welches wirkungslos sei. Weitere Angaben hierüber waren nicht zu finden. Auf jeden Fall stellt die zur Ausfuhr gelangende Droge ein nicht genau zu bestimmendes Gemenge von Blättern und jüngeren Zweigteilen dar. Diese Unsicherheit in der Beschaffenheit des Drogenmaterials ist ein Punkt, der einer genauen Ermittlung der Bestandteile des Heilmittels hindernd im Wege steht.

Zur Darstellung des Extrakts wird heißes Wasser oder Weingeist benutzt; ob noch andere organische Lösungsmittel wie Äther verwendet werden, ist aus der Literatur nicht zu ersehen. Im Arzneihandel kommt das Heilmittel wohl nur in Form eines mehr oder minder flüssigen Extrakts vor, die trockenen Präparate sind Gemische mit anderen Stoffen, wie Tannin, Salol, indifferenten Bindemitteln u. a. m.

Ein Merckscher Pichiextrakt wurde von M. Friedländer (1893) als eine dunkelbraune Flüssigkeit von angenehmem Geruch und stark bitterem, brennendem Geschmack beschrieben; durch Wasserzusatz trat Trübung ein, wahrscheinlich infolge des Gehalts an Harzstoffen; eine solche verdünnte Extraktlösung (oder Aufschwemmung?) gab mit Eisenchlorid die für Tannin charakteristische Schwarzblaufärbung. Kunz-Krause schildert das flüssige Extrakt der Firma Parke, Davis u. Co. als dunkelbraungraue, klebrige, weingeisthaltige Flüssigkeit von saurer Reaktion und harzigem, pfefferartigem Geruch und Geschmack. Das Extrakt enthielt farblose Kriställchen von Fabianaresen (s. d.); das dicke Extrakt (Extr. spissum) derselben Firma stellte eine grünschwarze zähe Masse dar. Über Auszüge von Blättern, welche mittels heißen Wassers hergestellt waren, macht Kunz-Krause auch einige Angaben. Das gepulverte Blattmaterial wurde zweimal mit heißem Wasser ausgezogen, der Auszug war dunkelbraun, von saurer Reaktion, aromatischem Geruch und stark bitterem Geschmack; gekocht, reduzierte es Fehlingsche Lösung nur geringfügig. Säuerte man aber vorher den Auszug mit verdünnter Schwefelsäure an und kochte ihn einige Stunden, wurde Fehlingsche Lösung in der Wärme sofort reduziert. Von den Pichipräparaten sind flüssige, dickliche und pulverförmige Extrakte im Arzneihandel.

Bestandteile.

Aus den Blättern und Zweigen der Droge erhielt Rodriguez einen kristallinischen Körper von fluoreszierenden Eigenschaften, dem Äskulin oder dem Fraxin[1]) ähnlich, außerdem Harz und ätherisches Öl; Lyons (1886) gibt an, daß das Harz löslich in Äther, Chloroform, Alkalien wäre, kaum löslich in Wasser, Petroläther. Nivière und Liotard (1887) gelang es nicht, das von Lyons entdeckte Alkaloid Fabianin in der Droge nachzuweisen; den äskulinartigen Körper hielten sie für ein Glykosid. Deitz (1889) zog die holzigen Zweige (ohne Blätter?) sowohl mit Petroläther als auch mit Äther aus; die Menge des Petrolätherauszuges betrug 1.15%, er enthielt ätherisches Öl, einen Fettkörper (Sm.-P. 40°), eine Wachsart (Sm.-P. 45°) und eine kautschukähnliche Substanz (Sm.-P. 65°). Die Menge des ätherischen Auszugs betrug 1,4%; diesem konnte durch

[1]) Äskulin und Fraxin sind in der Rinde der Roßkastanie (Aesculus hippocastanum) enthalten, letzteres auch in der Rinde der Esche (Fraxinus excelsior): Äskulin, farblose Kristalle, $C_{15}H_{16}O_9 + 1^1/_2 H_2O$; Fraxin von der Zusammensetzung $C_{16}H_{18}O_{10}$.

Digitized by Google

heißes Wasser ein aus Äther kristallisierendes Glykosid entzogen werden. 1889 beschäftigten sich Trimble und Schröter eingehend mit dem in Wasser unlöslichen Harzkörper, den sie aus dem ätherischen Auszug der Droge durch Behandlung mit Weingeist abschieden und reinigten; sie stellten für die Harzverbindung die Formel $(C_{18}H_{21}O_3)x$ auf. Ebenso wie Nivière und Liotard konnten Trimble und Schröter kein Alkaloid in der Droge nachweisen, dagegen Holländer (1890), der außerdem noch eine Harzsäure im Tannin fand. Landenbeck (1892) kam ebenso wie Deitz zu dem Ergebnis, daß ein kristallinisches Glykosid mit blau fluoreszierenden Eigenschaften in der Droge (im Blattmaterial) enthalten wäre, daneben auch ein bitteres Harz. Eine systematischere Untersuchung unternahm 1899 Kunz-Krause; er benutzte hierfür nicht nur die Handelsprodukte (Extractum fluidum und spissum), sondern prüfte auch Blatt- und Holzmaterial auf seine Zusammensetzung; es gelangte feingepulvert zur Anwendung. Die Ergebnisse dieser Arbeit sind im wesentlichen folgende.

Untersuchung der Blätter.

Das Material wurde ausgezogen 1. durch heißes Wasser (zweimal), 2. durch Äther in einem Soxhletapparat und 3. durch Weingeist (in der Wärme?); wahrscheinlich wurden für diese Operationen jedesmal neue Materialmengen in Arbeit genommen.

Wäßriger Auszug.

Durch Übersättigen mit NH_3 trat eine blaue Fluoreszenz des wäßrigen Auszugs auf, zugleich bildete sich ein kristallinischer Niederschlag von Magnesium-Ammoniumphosphat ($MgNH_4PO_4$), und zwar in nicht unbeträchtlichen Mengen. Der Nachweis weiterer Bestandteile gelang auf folgendem Wege. Das ammoniakalische Filtrat vom Magnesium-Ammonium-Atrophat-Niederschlag wurde mit überschüssigem Bleiessig versetzt. In dem Bleiniederschlage befand sich die weiter unten zu besprechende Fabianagerbsäure. Das Filtrat, in der üblichen Weise von Blei durch H_2S befreit, enthielt Cholin und Chrysatropasäure. Cholin, $N{\equiv}(CH_3)_3$ (mit $CH_2 \cdot CH_2OH$ und OH), wurde nur durch sein Platindoppelsalz $(N(C_2H_4OH)(CH_3)_3Cl)_2PtCl_4$ identifiziert, analysiert wurde das Salz nicht. Die Chrysatropasäure entzog Kunz-Krause dem wäßrigen Filtrat durch Tierkohle, auf der sich diese Verbindung niederschlug; sie ließ sich aus der Kohle nach dem Trocknen derselben durch Weingeist herauslösen. Näheres über diese Chrysatropasäure s. w. u.

Ätherischer Auszug.

Der vom Lösungsmittel befreite Auszug stellt eine grünschwarze chlorophyllhaltige weiche Masse dar. Bei der Wasserdampfdestillation ging eine gelbe Flüssigkeit von den Eigenschaften eines ätherischen Öles über, es roch kampfer- und krauseminzartig. Das Öl war auch aus den Blättern durch Behandlung derselben mit Wasserdampf erhältlich. Es destillierte (bei gleichzeitigem Durchleiten von Wasserstoff) zum kleineren Teil bei etwa 130°, zum größeren bei 275°, die Hauptmenge gab bei der Elementaranalyse für C und H Zahlen, welche Kunz-Krause veranlaßten, die wenig wahrscheinliche Formel $C_{54}H_{90}O_4$ für die Verbindung aufzustellen, wohl von dem Gedanken geleitet, die genetischen Beziehungen derselben mit dem weiter unten zu besprechenden Fabianaresen, $C_{18}H_{30}O_2$, einem harzartigen Körper, besser hervortreten zu lassen. Hier ist folgendes hervorzuheben. Kunz-Krause erhielt bei der Verbrennung der bei 275° übergehenden öligen Flüssigkeit die Werte 80,88% C und 11,57% H; eine Verbindung von der Zusammensetzung $C_{15}H_{26}O$ verlangt 81.08% C und 11,71%. Wie ersichtlich, passen die von Kunz-Krause angegebenen Werte sehr gut auf die Formel $C_{15}H_{16}O$. Im Hinblick auf den hohen Siedepunkt der Verbindung ist wohl als ziemlich sicher anzunehmen, daß es sich hierbei um einen Vertreter der Sesquiterpenklasse handelt, und zwar — vermutungsweise — um einen Sesquiterpenalkohol $C_{15}H_{25}OH$. Kunz-Krause gab dieser nur mangelhaft charakterisierten Verbindung den Namen Fabianol.

In dem vom ätherischen Öle befreiten Blätterauszuge wurde von Kunz-Krause neben Fabianaresen (s. w. u.) eine unter dem Namen Chrysatropasäure, $C_{10}H_8O_4$ (= β-Methyläskuletin), bekannte Verbindung aufgefunden. Zu dem Zwecke löste er den ölfreien Rückstand in heißem Weingeist, gab NH_3 hinzu und darauf so viel Wasser, bis auf weiteren Zusatz keine Fällung mehr eintrat; die Fällung bestand aus

Digitized by Google

Chlorophyll und Fabianaresen, während das Filtrat eine indigoblauartige Fluoreszenz zeigte, die auf Chrysatropasäure zurückzuführen ist. Zur Gewinnung dieser Verbindung wurde das mit Schwefelsäure angesäuerte Filtrat durch Chloroform ausgezogen. Der Rückstand nach dem Verdunsten des Chloroforms wurde zur weiteren Reinigung in wenig mit Natronlauge alkalisch gemachtem Wasser gelöst und nach Zusatz von Gips zur Trockne gebracht. Die trockene Masse zog KUNZ-KRAUSE mit kaltem Wasser aus und schüttelte den wäßrigen Auszug nach schwachem Ansäuern mit Äther aus, der die Chrysatropasäure aufnahm. Sie kristallisierte in farblosen Nadeln, aus Chloroform in farb- und glanzlosen Prismen, während sie bei Anwendung von Weingeist in gelblichen und glänzenden Prismen herauskam; Sm.-P. 204°. Auch das sonstige Verhalten dieser Verbindung deutet auf die Chrysatropasäure, auch β-Methyläskuletin oder Skopoletin genannt, hin, der Schmelzpunkt wird von E. SCHMIDT (Pharm. Chem., Org. Tl., Bd. 2, S. 1684) etwas niedriger angegeben, und zwar zu 198—199°. Wie bekannt, kommt Chrysatropasäure in vielen Solanazeen vor.

In dem weingeisthaltigen Auszug der Blätter wies KUNZ-KRAUSE Fabianagerbsäure (Fabianaglykotannoid) und Cholin nach, jedoch ohne nähere Angaben zu machen.

Untersuchung des Holzes.

Das feingepulverte gelbliche Holz wurde zuerst mit Weingeist und darauf mit Äther ausgezogen; die Auszüge wurden getrennt untersucht, im weingeisthaltigen fand KUNZ-KRAUSE Chrysatropasäure und Cholin, im ätherischen außer Chrysatropasäure eine fettartige Substanz. Danach wäre im Pichiholz weder Fabianaglykotannoid, Fabianaresen noch ätherisches Öl enthalten.

Zur bequemen Darstellung von Fabianaresen und Fabianaglykotannoid empfiehlt KUNZ-KRAUSE die Blätter nacheinander mit Chloroform (Temperatur?) und heißem Wasser auszuziehen: Chloroform nimmt neben Fettsubstanzen, Wachsarten und Chrysatropasäure das Resen auf, heißes Wasser die Gerbsäureverbindung. Über die Gewinnung, Zusammensetzung und das Verhalten dieser beiden macht KUNZ-KRAUSE folgende Angaben.

Fabianaresen [1]).

Der Chloroformauszug der Blätter wurde vom Lösungsmittel befreit, der Rückstand nochmals mit verdünntem Weingeist bei gewöhnlicher Temperatur behandelt, um die Beimengungen zu entfernen, und darauf wieder in siedendem Weingeist gelöst. Aus der heiß filtrierten Lösung fiel nach kurzer Zeit das Resen in Form weißer Kriställchen aus, die aus kleinen Prismen bestanden: Sm.-P. gegen 280°; bei vorsichtigem Ersetzen sublimierten sie unzersetzt. Das Resen ist unlöslich im Wasser, löslich in siedendem Weingeist, siedendem Eisessig, in Chloroform, Äther, Phenol; im Gegensatze zu den Angaben von LYONS ist es nicht löslich in Alkalien, zeigt in neutralen Lösungsmitteln neutrale Reaktion. Die von LYONS beobachtete blaue Fluoreszenz in alkalischer Lösung ist nach KUNZ-KRAUSE auf Verunreinigung des Harzes mit der fluoreszierenden Chrysatropasäure zurückzuführen. Eine Methoxygruppe war nicht nachweisbar; mit konz. Schwefelsäure färbte sich das Harz gelb, in der Wärme ziegelrot. Die Zusammensetzung ist nach KUNZ-KRAUSE $C_{18}H_{30}O_3$, TRIMBLE und SCHRÖTER hatten früher (1889) die Formel $(C_{18}H_{31}O_3)x$ aufgestellt, die von KUNZ-KRAUSE vorgeschlagene ist jedoch durch Darstellung einiger Derivate des Resens gesicherter. KUNZ-KRAUSE nimmt statt des einfachen Moleküls das dreifache $(C_{18}H_{30}O_3)_3$ an, obgleich die Molekulargewichtsbestimmung nach der recht zuverlässigen Gefriermethode in Phenol eindeutig auf das einfache Molekulargewicht $C_{18}H_{30}O_3$ hinweist. Eine Verdreifachung nimmt KUNZ-KRAUSE deshalb an, weil er hierdurch das Resen in genetische Beziehungen zu dem oben erwähnten Fabianol setzen kann, dem er, wie schon hervorgehoben, die wenig wahrscheinliche Formel $C_{54}H_{90}O_4$ zuschreibt. KUNZ-KRAUSE denkt sich nämlich das Resen entstanden aus dem Fabianol durch Aufnahme von 2 At. Sauerstoff nach folgendem Schema:

$$\underset{\text{Fabianol}}{C_{54}H_{90}O_4} + O_2 = \underset{\text{Fabianaresen}}{C_{54}H_{90}O_6}$$

[1]) Unter Resenen versteht man die chemisch indifferenten Harzverbindungen zum Unterschied zu denen, welche den Charakter schwacher Säuren (Resinolsäuren) oder einwertiger Alkohole (Resinole) oder Ester (Resine) zeigen.

Digitized by Google

Dem Fabianol, als einem Vertreter aus der Sesquiterpenklasse, kommt nach den Ausführungen auf S. 135 höchstwahrscheinlich die Formel $C_{15}H_{25}OH$ zu. Aus diesem Grunde dürfte das obige Schema von dem Übergang des Fabianols zum Fabianaresen in der angegebenen Form kaum zu Recht bestehen. Um vieles sicherer ist die Annahme der einfachen Molekularformel $C_{18}H_{30}O_2$ für das Resen, wofür die folgenden Verbindungen als Belege dienen.

Verbindungen des Fabianaresens, $C_{18}H_{30}O_2$.

Azetylresen, $C_{18}H_{29}O_2(OCCH_3)$.

Durch Kochen des Resens mit Eisessig während mehrerer Stunden konnte die OH-Gruppe nicht in Reaktion gebracht werden, das Ausgangsmaterial wurde hierbei zum größten Teil unverändert wiedererhalten. Erst durch Erhitzen des Resens (2 g) mit wasserfreiem Natriumazetat (2 g) und Essigsäureanhydrid (10 g) auf 120° drei Stunden lang unter Druck gelang die Reaktion. Zur Abscheidung der Azetylverbindung wurde das Gemisch in Wasser gegossen, das unlösliche Reaktionsprodukt nebst unverändertem Resen abfiltriert und mit Eisessig behandelt, in welchem das letztere löslich ist. Das Azetylresen wurde mit Wasser ausgewaschen und aus heißem Weingeist unter Zusatz von Tierkohle umkristallisiert; es kristallisierte in farblosen glasglänzenden Prismen, die unter Gelbfärbung bei 234° schmolzen. Die Ausbeute war nicht befriedigend.

Benzoylresen, $C_{18}H_{29}O_2(OCC_6H_5)$.

Zur Darstellung wurden je 2 g Resen und Benzoesäureanhydrid $7^1/_2$ Stunden im Ölbad auf 150—160° erhitzt. Das Ganze erstarrte allmählich zu einem Kristallbrei, aus welchem durch Behandlung mit heißem Weingeist unverändertes Resen und Benzoesäureanhydrid herausgelöst wurde. Den Rückstand, in der Hauptsache aus der Benzoylverbindung bestehend, löste Kunz-Krause in wenig Chloroform und gab dann Weingeist hinzu. Die Benzoylverbindung schied sich nun in gut ausgebildeten Aggregaten von Kristallnadeln vom Sm.-P. 61° aus; sie ist löslich in Chloroform, unlöslich in Weingeist und in Äther. Wurde die Substanz mit Weingeist angeschüttelt und hierauf erwärmt (bis 61°?), so schmolz sie zu einem öligen Tropfen, der nach dem Erkalten des Weingeistes zu warzenförmigen Kristallgebilden erstarrte. Vorsichtig erhitzt, sublimiert ein Teil der Verbindung.

Fabianagerbsäure, Fabianaglykotannoid.

Zur Gewinnung der Gerbsäureverbindung wurde das mit Chloroform ausgezogene Blattmaterial (s. oben) dreimal mit Wasser ausgekocht, der Auszug eingedampft und der Rückstand mit Weingeist behandelt, um die darin lösliche Fabianagerbsäure herauszuziehen. Nach dem Verdunsten des Weingeists wurde diese Behandlung einigemal wiederholt. Der Rückstand, aus Fabianagerbsäure bestehend, wurde in Berührung mit absolutem Weingeist fest und körnig; zur weiteren Reinigung wurde er nochmals in wenig Wasser gelöst und mit absolutem Weingeist gefüllt. Die so gereinigte Fabianagerbsäure stellte ein hellgelbes, sehr hygroskopisches Pulver dar, leicht löslich im Wasser und verdünntem Weingeist, schwerer in absolutem, unlöslich in Äther. Kunz-Krause betont, daß die Fabianagerbsäure zur Entfernung der anhaftenden Chrysatropasäure so lange durch Lösen in Wasser und Fällen mit Weingeist gereinigt werden muß, bis eine Probe, in Wasser gelöst, auf Zusatz von NH_3 keine Fluoreszenz mehr zeigt.

Für die Auffassung dieser Verbindung als reines Glykotannoid führt Kunz-Krause u. a. folgendes an. Die wäßrige Lösung ist von schwach saurer Reaktion, aus konzentrierter Lösung fällt Silbernitrat einen gelblichweißen Niederschlag, nach kurzer Zeit, besonders in der Wärme, tritt Bildung eines Silberspiegels ein; alkalische Kupferlösung wird in der Wärme kräftig reduziert. Eisenchlorid ruft in der verdünnten Lösung der Gerbsäure eine grüne Färbung hervor, die durch Sodazusatz in Blutrot übergeht. Baryt, Bleiazetat geben mit wäßrigen Lösungen des Tannoids amorphe gelbe Niederschläge, löslich in Alkalien und organischen Säuren; durch Bromwasser entsteht ein rotgelber Niederschlag einer in Wasser unlöslichen Bromverbindung, in dem Filtrat hiervon wies Kunz-Krause einen nicht kristallisierenden Zucker nach, welchen Fehlingsche Lösung leicht reduzierte. Näher wurde diese Zuckerart nicht charakterisiert; Kunz-Krause gibt an, daß das ganze Verhalten des Fabianatannoids mit dem der Matégerbsäure übereinstimmt, er vermutet auch, daß ein Spaltungsprodukt des Fabianatannoids Chrysatropasäure sei.

Digitized by Google

Kurze Übersicht über Bestandteile 1. der Blätter und des Holzes der Pichidroge; 2. käuflicher Pichiextrakte.

Blattmaterial. 1. In wäßrigen Auszügen: Magnesiumphosphat, Fabianagerbsäure, Cholin und Chrysatropasäure (β-Methyläskuletin).

2. In ätherischen Auszügen: Chlorophyll, ätherisches Öl („Fabianol"), Fabianaresen und Chrysatropasäure.

3. In weingeistigen Auszügen: Fabianagerbsäure (Fabianaglykotannoid) und Cholin.

Holzmaterial, nacheinander mit Weingeist und Äther ausgezogen. 1. In Weingeist: Chrysatropasäure und Cholin.

2. In Äther: Chrysatropasäure und fettartige Substanzen.

Käufliche Pichiextrakte. Chrysatropasäure, Cholin, Fabianagerbsäure, ätherisches Öl („Fabianol", erhalten durch Ausziehen der Extrakte mit warmem Wasser, bis dieses nicht mehr sauer reagierte), Rückstand war Fabianaresen und der Rest ätherisches Öl.

Physiologisch-Chemisches und Medizinisches.

Nach einer Angabe von Friedländer untersuchte E. Holländer unter Leitung von Schmiedeberg (1890) die physiologischen Eigenschaften des Pichiextrakts (mit Hilfe von wäßrigem Weingeist aus der Droge hergestellt), jedoch nicht eingehend; ihre Versuche ergaben beim Frosche, daß die abgeschiedene Harzsäure (?) Narkose, Lähmung und Exitus herbeiführte. Über den Reinheitsgrad dieser Harzsubstanz wissen wir nichts, denkbar wäre es schon, daß diese Substanz (zusammen mit den ihr noch anhaftenden Beimengungen?) ähnliche physiologische Wirkungen auszulösen imstande wäre wie beispielsweise das Kawaharz. Bei einem Versuche nahm Friedländer selbst (1893) 15—20 g des Merckschen Fluidextrakts ein, konnte aber keine unangenehmen Nachwirkungen noch Übelkeit, Aufstoßen oder sonstige Magenbeschwerden feststellen; es trat, wie auch bei zwei anderen Fällen, eine Verminderung der Harnmenge ein. Der Harn besaß schwach den Geruch des Fluidextrakts und gab mit Eisenchlorid keine Tanninreaktion, während das benutzte Extrakt in wäßriger Verdünnung hierbei eine schwarzblaue Färbung zeigte.

Pichiextrakt (auch in Verbindung mit Sandelholzöl, Salol, Tannin u. a.) wird bei Leiden der Harnorgane einschließlich Zystitis (Friedländer, Ewald) angewendet. Friedländer schreibt die therapeutische Wirkung dem Gehalt des Mittels an Harzsäure und Tannin zu; nach seinen Beobachtungen besitzt das Mittel (in Form des Fluidextrakts) nicht die schädlichen und unangenehmen Eigenschaften des Kopaivabalsams, Sandelholzöles und Terpentinöles. Welche Rolle das durch seine Giftwirkung bekannte Cholin in der Pichidroge (s. oben!) hierbei spielt, ist noch ganz ungewiß, wurde auch bis jetzt noch nicht in Betracht gezogen.

Literatur.

Chemische: Rodriguez, Pharmaceutical Journ. (3), **16**, 542; Pharmacology of the Newer mat. med., bei G. S. Davis, Detroit, S. 1067. — Lyons, Americ. Journ. of Pharm., 1886, S. 65, u. Pharm. Zentralh., 1886, S. 258, u. Arch. der Pharm., 1886, **224**, 461. — Nivière u. Liotard, Journ. de Pharm. et de Chim., 1887, 5. Serie, **16**, 389. — G. A. Dietz, Americ. Journ. of Pharm., 1889, **45**, 405; Chem. Ztg., 1889, Repert., S. 270. — Trimble u. Schrötter, Amer. Journ. of Pharm., **45**, 407; Chem. Ztg., 1889, Repert., S. 270. — Landenbeck. Pharm. Post, 1892, S. 110; Pharm. Zentralh., 1892, **33**, 153. — H. Kunz-Krause, Beitr. z. Kenntn. d. Fabiana imbric. Arch. der Pharm., 1899, **237**, 1.

Digitized by Google

Rusby, Pharm. Rundschau, 1886, S. 64; Pharm. Zentralh., 1886, 27, 405. — Ochsenius, Arch. der Pharm., 1886, 24, 896. — Geissler, Real-Enzyklop. d. gesamt. Pharm., Wien u. Leipzig 1890, S. 199. — Dorvault, L'officine, Paris 1893, S. 697. — C. Hartwich, Neue Arzneidrogen, Berlin 1897, S. 153. — Hagers Handbuch d. pharm. Praxis (Fischer-Hartwich), Berlin 1900, S. 1076. — F. Czapek, Biochemie d. Pflanzen, Jena 1905, Bd. 2, S. 564, G. Fischer.

Botanische: C. H. Pearsoon, Synopsis plantarum seu Enchiridium botanic., 1805, Bd. 1, S. 176 (u. Kunz-Krause). — Kosteletzki, Allgem. med.-pharm Flora, Mannheim 1831—1836. — A. Murillo, Plantes médicinales du Chili (u. M. Friedländer).

Medizinische: E. Holländer u. Schmidberg, 1890, u. M. Friedländer, 1893. — M. Friedländer, Ther. Mh., 1893, S. 350, u. 1901, Sept.-Heft. — M. Friedländer, Apoth.-Ztg., 1901, S. 644; Les nouveaux remèdes, 1902, S. 150. — Ewald, Handb. d. Arzneiverordnungslehre, S. 401. — Joseph, Geschlechtskrankheiten, Leipzig 1909, S. 407.

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. November 1921.

Vorsitzende: Nobl, Kren. Schriftführer: Planner.

Nobl: **Purpura annularis teleangiectodes.** Bei einer 40jähr. Pat. sind seit 5 Jahren die Arme, die obere Brust- und Rückengegend, weniger die Beine bis unterhalb der Knieregion von hellrosenroten und braunroten, ringscheiben- und streifenförmigen Flecken eingenommen, zwischen welche auch dunkel- und strohgelbe, rötlich gesprenkelte bis kronenstückgroße Effloreszenzen. Die annulären und bogenförmigen zeigen auch diffus verfärbten, bräunlichen Grund, punktförmige Hämorrhagien, sowie — namentlich an den Rändern — stecknadelkopfgroße umschriebene und fein verästelte, kleinste Ektasien oberflächlicher präkapillarer Gefäße. Über zahlreichen Scheiben feinste Schilferung; keine ausgesprochene Atrophie. Den unterbrochen sich folgenden Schüben sind weder erythematöse, noch urtikarielle Erscheinungen vorangegangen. Subjektive Störungen fehlen. Perifollikuläre Anordnung der Blutungen und Gefäßektasien fehlt, ebenso die terminale Rarefizierung der Scheiben. Weder Syphilis noch Tuberkulose; hingegen wird die vasomotorisch-trophische Gefäßschädigung, d. h. die neurogene Auslösung des Prozesses sehr nahegelegt, da das Leiden im Anschluß an einen jetzt 5 Jahre bestehenden manisch-depressiven Zustand der Kranken einsetzte.

Planner: **Multiple neurotische Gangrän oder Selbstbeschädigung?** Den Krankheitserscheinungen, die sich — vor 8 Tagen beginnend — schubweise von der linken Augenbraue über Stirne und Schläfen ausbreiteten, gingen Kopfschmerzen, den am linken Handrücken erst vor 2 Tagen entstandenen Herden, durch mehrere Stunden brennende Schmerzen voraus. Das Krankheitsbild ist durch das Aufschießen bis stecknadelkopfgroßer Bläschen auf akut geröteter Haut charakterisiert, die zu festhaftenden, braunen bis gelbgrünen, oberflächlichen Schorfen eintrocknen. Angeblich hat die 16jähr. Pat. vor 2 Monaten den gleichen Ausschlag an der Stirn dargeboten; sonst ist vielleicht bemerkenswert, daß Pat. vor 2 Jahren an Grippe erkrankt war und 2 Monate später wegen eines Augenleidens in Behandlung stand. Ob es sich um eine nervöse Form der Grippe, die als prädisponierendes Moment für die gegenwärtige Erkrankung herangezogen werden könnte, gehandelt hat, bleibe dahingestellt.

Fuhs (Klinik Riehl): **Sklerodermie und Sklerodaktylie.** Bei der 25jähr. Pat. ist im Bereiche der sklerodermatisch veränderten Haut der Endphalange des linken kleinen Fingers unter Fieber und ohne nachweisbare Ursache eine akute Gangrän aufgetreten. Die gangränöse Endphalange derzeit in Demarkation.

Fuhs (Klinik Riehl): **Nachepilationsmethode bei Pilzerkrankungen der behaarten Kopfhaut.** Zur Nachepilation der nach Röntgenepilation noch auf der Kopfhaut zurückbleibenden Haarstümpfe und feinen Härchen wird eine erwärmte Mischung von Kolophonium und Wachs dick auf Leinwand aufgestrichen und appliziert. Nach Erkalten läßt sich die stark klebende Masse schmerzlos entfernen und zeigt die mitgegangenen Härchen. Ein Fall von Mikrosporie, bei dem die eine Hälfte der Kopfhaut derart nachepiliert wurde, demonstriert die gründliche Wirkung.

Digitized by Google

Fuhs (Klinik Riehl): **Mikrosporie.** 8jähr. Knabe, der neben bereits behandelten Herden an der Kopfhaut mehrere schuppende Ringe an der Stirnhaut aufweist; mikroskopisch und kulturell Mikrosporon Audouini.

Kumer (Klinik Riehl): **Lupus follicularis disseminatus.** An Apizitis leidende, 24jähr. Pat.. Hauterkrankung seit 5 Jahren. Ergriffen ist ausschließlich das Gesicht von hirsekorngroßen, follikulär gestellten, transparenten, braunen, Eigenfarbe besitzenden Knötchen. Keine Pustel- und Narbenbildung. Histologisch knapp unterhalb der Epidermis um die Follikel Knötchenansammlungen aus epitheloiden und Riesenzellen mit lymphozytärer Randzone; keine Verkäsung.

Arzt (Klinik Riehl): **Multiple tuberkulöse Geschwüre.** 43jähr. Pat., bereits einmal wegen eines histologisch verifizierten Ulcus tuberc. lab. sup. demonstriert. Unter Radium Besserung. Die histologische Untersuchung aus den Randpartien eines Ulkus über dem rechten Augenbrauenbogen und eines zweiten Geschwüres am Finger ergibt ebenfalls typisch tuberkulöse Struktur.

Arzt (Klinik Riehl): **Monorezidiv oder Reinfectio.** 35jähr. Pat., Mai 1921 mit Lues II (WR positiv) einer kombinierten Quecksilbersalvarsankur unterzogen. Derzeit linsengroße Effloreszenz der Unterlippe. Spir. +. 1. WR —, 2. WR schw. +, 3. WR komplett +. Liqu. —. Eine Entscheidung erst nach weiterer Beobachtung möglich.

Ullmann: **Seltene Formen eines Arsenexanthems nach Silbersalvarsannatrium.** Der 54jähr. Mann erhielt wegen Lues II 7 Silbersalvarsaninjektionen von 0,40—0,45 in vier- bis fünftägigen Intervallen. Unter geringem Fieber und Jucken zeigten sich follikuläre Knötchen an Unterarmen, Nacken und Stamme, welche zu braunroten, schuppenden Flächen konfluierten. An Hand- und Fußtellern schwielige Hyperkeratose. Rings um die Augen braunrote, schuppende Flecke, Lider leicht ödematös, kein Albumen, WR —. Geringe Diurese, wodurch das As- offenbar länger im Körper verweilte. Die follikuläre, scheibenförmige Dermatose und die frühzeitig auftretende Hyperkeratose finden sich selten (nach U. unter 500 Fällen einmal). Daß nach Salvarsan in letzter Zeit häufiger As-Exantheme, speziell Hyperkeratosen beobachtet werden, dürfte auf die intravenöse Behandlung, höhere Dosierung und Vermehrung der Injektionszahl in kürzerer Folge zurückzuführen sein. Daß As-Hyperkeratosen nach intravenöser Injektion gegenüber dem internen Gebrauch von Sol. Fowl. relativ selten entstehen, erklärt sich daraus, daß die Ausscheidung bei intravenöser Applikation rascher und vollkommener, die Depotbildung in der Leber und anderen Organen viel geringer ist als nach längerem internen Gebrauch. Hyperkeratosen nach intravenöser Behandlung geben eine günstigere Prognose als jene nach internem Gebrauch; Epitheliom bisher nicht beobachtet.

Königstein: **As-Exanthem.**

Sitzung vom 1. Dezember 1921.

Vorsitzende: Oppenheim, Mucha. Schriftführer: Planner.

Krüger (Abt. Oppenheim): **Pityriasis lichenoides chronica.** Hirsekorn- bis hellergroße gelbrote, derbe Effloreszenzen, leicht schuppend, auf Druck ein wenig ablassend. Dauer 20 Jahre.

Krüger (Abt. Oppenheim): **Pigmentsyphilis.** 21jähr. Pat., im Juli Sklerose, 3 Neosalvarsaninjektionen, vor 2 Monaten Psoriasis palm. und plant., Papeln in Mund und papulöses Exanthem an Stamm und Extremitäten; an Stelle der abgeheilten Effloreszenzen reichlichst Pigment, und um dieses wieder konzentrisch angeordnete depigmentierte Zone; außerdem Leukoderma colli.

Kyrle meint, daß in der Lehre der Genese des Leukoderma allmählich auch gewisse Erweiterungen werden eintreten müssen. Die Tatsache, daß so häufig Leukoderm, Alopezie und Liquorveränderungen gemeinsam einhergehen, muß doch die Vermutung nahe liegen, daß hier tiefgreifende Zusammenhänge bestehen, viel tiefer greifend, als wir dies vielleicht von vornherein anzunehmen geneigt sind. Es wäre daran zu denken, ob nicht diese Ausfallserscheinungen an der Haut (Leukoderm, Alopezie) zentral bedingt werden, und zwar ausgelöst durch eine meningeale Irritation, auf die der positive Liquor hinweist. Es soll damit nicht in Abrede gestellt werden, daß syphilitische Infiltrate in der Haut Pigmentschwund erzeugen können. Alltägliche Beobachtungen dieser Art liefern hinlänglich Beweise dafür. Aber jene Form von Alopezie und Leukoderm, wie wir sie ganz unvermittelt, ohne exanthematisches Vorstadium und in sehr exzessiver Form auftreten sehen, finden durch die Annahme einer zentralen Läsion befriedigen-

Digitized by Google

dere Erklärung, als durch die Annahme eines subkutan sitzenden, also für uns unsichtbaren Infiltrationsvorganges.

Krüger (Abt. Oppenheim): **Atrophie mit sklerodermieähnlichen Veränderungen.** Die Haut der 54jähr. Pat. an den unteren Extremitäten verdünnt, mattglänzend, unelastisch. Über den Kniescheiben die Haut leicht abhebbar, gegen die Füße zu aber verdickt und mit der Unterlage fest verwachsen. Über den Dorsum beider Füße die Haut so stark verdickt und gespannt, daß alle Zehen dorsal flektiert sind. Dauer 10 Jahre.

Oppenheim: **Pityriasis lichenoides chronica oder Erythema toxicum bei einem 11jähr. Knaben.** Seit acht Tagen an Stamm und Extremitäten hirsekorn- bis kronengroße Flecken, zum Teil bläulich gefärbt, mehlartig schuppend oder leicht gerunzelt; dazwischen lebhaft rote, flache, derbe Papeln, mit Schuppen und Krusten bedeckt. Gesicht, Handteller, Fußsohlen, Schleimhäute frei. Keine Drüsenschwellung. WR —, Blutbild normal; innere Organe frei. Pirquet schw. +. Differentialdiagnose: Pityriasis rosea, Lues maculo-papulosa, Erythema toxicum oder Pityriasis lichenoides. Erstere beiden wenig wahrscheinlich. Die Persistenz der Affektion, das Abklingen der papulösen Effloreszenzen in Form von gerunzelten Flecken, der Mangel an subjektiven Symptomen, die Farbe der Effloreszenzen sprechen für Pityriasis lichenoides, dagegen das Alter und das rasche Auftreten.

Oppenheim: **Acne conglobata et indurata mit nachträglichem papulo-nekrotischen Tuberkulid.** Derselbe Fall wie in der Sitzung vom 17. XI. 1921; nach steigenden Tuberkulininjektionen Eruption eines papulösen Exanthems von braunroter Farbe und zentraler Schuppen- und Krustenbildung, das sich histologisch als oberflächliches Tuberkulid darstellt. Zwei Tage nach jeder Injektion um fast alle Akneeffloreszenzen schmale, lebhaft rote Höfe von 2—3 mm Breite, die nach 2—3 Tagen verschwanden; Reste noch sichtbar.

Oppenheim: **Verätzung mit Schwefelsäure.** Linke Gesichtshälfte, besonders Augengegend ödematös, die Haut streifen- und fleckförmig bedeckt, mit dunkelbraunem Schorf, der von schmalen, roten Säumen begrenzt wird. Nur an der Stirne, wo die Kappe die Haut deckte, weiße, rot gesäumte Schorfe. Die Verätzung nur auf der linken Gesichtshälfte, wodurch sie sich als berufliche zu erkennen gibt; die durch Vitriolattentate verursachten betreffen meist das ganze Antlitz.

Perutz weist auf die Farbe der Ätzschorfe hin. Bei Pikrinsäure neben einer zentralen, schmutzig-braunen Verfärbung die Haut gelb imbibiert, bei Essigsäure grünlich.

Reiner: **Melkerknoten.**

Hellmann: **Dermatomyome.** Bei einem Mann seit Jugend bestehende zoniforme Geschwülste auf der rechten Rückenseite.

Hellmann: **Fall zur Diagnose.** Die Affektion besteht bei einem 32jähr. Pat. seit dem 5. Lebensjahre. An Nacken und Hals 1—2 cm im Durchmesser betragende, etwas erhabene, rundliche bis oblong begrenzte, blaßbräunliche bis gelbrötliche Herde, isoliert oder zu größeren buchtig begrenzten Herden konfluierend, mit mehr oder minder ausgeprägter Lichenifizierung, keine eigentliche Schuppung, doch läßt sich ein zusammenhängendes Epidermishäutchen abziehen unter Hinterlassung eines etwas feuchten Grundes. An anderen Stellen, wie Unterarm, Handrücken, die Effloreszenzen fast systemisiert, mehr erhaben, polygonal und nehmen peripherwärts das Aussehen flacher Warzen an. An den Unterschenkeln zahlreiche bräulichglänzende Effloreszenzen, bei Anämisierung nicht schwindend; ähnliche Effloreszenzen auf dem Amputationsstumpf des Oberarmes. Auszuschließen ist seborrhoisches Ekzem, Parapsoriasis und Psoriasis, ebenso Lichen planus.

Oppenheim hält den Fall für Lichen planus pemphigoides, Kyrle für rezidivierendes Erythem.

Lipschütz: **Übertragung von Herpes genitalis.** Zwei vor 10 Tagen korneal mit Herpes genitalis geimpfte Kaninchen zeigen Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems. Das eine nur mäßig erkrankt, zeigt Nackensteifigkeit und Ataxie, das zweite vollkommen gelähmt, an den vorderen als auch an den hinteren Extremitäten; Kopf nach rückwärts geneigt, steif; motorische Unruhe, Trismus, Speichelfluß oder Manegebewegungen nicht beobachtet. Ähnliches von Dobrr bei mit Herpes febrilis infizierten Kaninchen beschrieben. Lis Ergebnisse sind keine direkte Bestätigung der Dobrrschen Angaben, da Herpes febrilis und genitalis zwar klinisch und biologisch einander nahestehende Infektionskrankheiten darstellen, aber voneinander zu trennen sind. Die von Dobrr u. a. vorausgesetzte Identität der Erreger des Herpes febrilis und genitalis ist unrichtig; sowohl das verschiedene Verhalten der Kaninchenkornea bei Impfung

Digitized by Google

von Herpes febrilis und genitalis, als auch die letzterem zukommende kutane Impfbarkeit beim Menschen und die Immunitätsversuche beim Kaninchen sprechen für die Ansicht von L. von der Differenz der Vira.

Kerl: **Lichen microsporicus.** Bei einem 11jähr. Knaben am Kapillitium umschriebene, mit Schuppen und Borken bedeckte Herde von Herpes tonsurans. Die Haare nach Röntgenepilation zum Teil ausgefallen; die Herde selbst wenig verändert. Am Stamme und an den Extremitäten kleine Knötchen, stellenweise zu Gruppen gestellt, an der Oberfläche hier und da geringe Desquamation. Am Nacken einzelne Scheiben mit lebhafter Rötung. Mikroskopisch wurde am Kopf Mikrosporie festgestellt, während es nicht gelang, Pilze am Stamme zu finden. Der Hautausschlag besteht seit 3 Tagen, und 14 Tage seit der Bestrahlung.

Kyrle bemerkt, daß die Klinik der Mikrosporie auffallende Änderungen zeigt. Unterschiede gegenüber Trichophytie sind vielfach ganz verwischt, und auch das Vorkommen des Lichen microsporicus muß als Abweichen vom gewöhnlichen Typus bezeichnet werden.

Plannek: **Fremdkörpertumoren nach Hg-Injektionen.** Bei einer 57jähr. Pat. außer handtellergroßem gummösem Ulkus am Unterschenkel in Höhe der Anguli scapulae handflächengroße, derbe, plattenartige, schmerzlose Tumoren seit vielen Jahren. Haut darüber normal und verschieblich, zum Teil besonders gegen die Peripherie der Tumoren bogenförmige Narben oder livide, bandartige Verfärbung. An beiden Glutäen eingezogene Narben sowie nußgroße, derbe Knoten.

Kyrle: Der Fall ist bemerkenswert, weil er demonstriert, wie durch verschiedene Reize gleichsinnige Gewebsreaktionen ausgelöst werden können.

Oppenheim: Interessant ist die netzartige Zeichnung über den Tumoren, auch die lange Inkubationszeit die diesen Fällen zukommt.

Fuhs (Klinik Riehl): **Lupus erythematosus mit akutem Nachschub.** Bei Pat. bestand ein hyperkeratotischer Herd an der Nasenspitze und atrophisch-pigmentierte Stellen an den Ellenbogen; später unter Fieber und Gelenkschwellung entzündliche Erscheinungen der Augenlider und Umgebung, sowie der Finger.

Kumer (Klinik Riehl): **Psoriasis arthropathica.** 46jähr. Frau mit ausgedehnten jungen Psoriasisherden und entzündlichen Veränderungen des linken Knie- und Fußgelenkes.

Kumer (Klinik Riehl): **Zwei Fälle von Pemphigus vulgaris.** a) 72jähr. Mann, seit $1^1/_2$ Jahren reichliche Blasenaussaat in herdförmiger Anordnung an den Gelenkbeugen, Mundschleimhaut und Pharynx.

b) 56jähr. Mann, am Stamme Pigmentierungen nach abgeheilten Effloreszenzen; im Gesicht einige Blasen. Pemphigus conjunctivae, der zu ausgedehnten Narben geführt hat.

Arzt (Klinik Riehl): **Zwei Fälle von Lichen planus.** a) 23jähr. Pat. mit an den Vorderarmen in Strichen angeordneten Effloreszenzen, besonders reichlich am inneren Präputialblatt.

b) 70jähr. Pat. mit Effloreszenzen am linken Vorderarm, teilweise verhornend.

Arzt (Klinik Riehl): **Hautblutungen nach geringem Trauma bei einem Luetiker.** 22jähr. Mann, Anfang Februar Sklerose und Exanthem, drei Neosalvarsaninjektionen mit starkem Herxheimer; nach der dritten Injektion Erbrechen und Schüttelfrost sowie toxisches Erythem, ferner Innervationsschwäche des linken Fazialis. Während das Exanthem zurückging, besteht jetzt Vulnerabilität der Hautgefäße, so daß auf geringes Kneifen sofort punktförmige Hämorrhagien entstehen.

Oppenheim: Entzündetes Gewebe besitzt erhöhte Kraft metallische Gifte zu verankern; auch die Spirochäten binden Salvarsan und andere spezifisch wirkende Substanzen. Daraus resultiert einerseits Spirochätentod mit folgendem Endotoxinsturm, andererseits Gewebsschädigung. Daher ist allzu starke Herxheimer-Reaktion kein günstiges Zeichen oder Ausdruck besonderer Wirksamkeit eines Mittels.

Arzt (Klinik Riehl): **Karzinom des Penis,** besteht bei dem 65jähr. Pat. seit 1914 und hat die linke Hälfte der Glans und das innere Präputialblatt ergriffen und Metastasen beiderseits in inguine verursacht.

Arzt (Klinik Riehl): **Eczema seborrhoicum.** 16jähr. Pat. mit schmetterlingartig an beiden Wangen angeordneten, scheibenförmigen, mattgelblichen Herden, stellenweise zart schuppend, von entzündlichen Randsaum umschlossen. Da die Schuppen leicht entfernbar sind, auch am Halse sich ähnliche Effloreszenzen finden und die Affektion seit acht Tagen besteht, ist trotz Ähnlichkeit mit Lupus erythematosus, Eczema seborrhoicum anzunehmen.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1921, Bd. 132.

Zur pathologischen Anatomie der Haut im Alter mit Berücksichtigung der Arterienveränderungen, von EDMUND SAALFELD-Berlin. S. 1—16. Protokolle histologischer Untersuchungen von Hautstücken, die von 10 Leichen älterer Individuen stammen. Bei 4 Fällen waren arteriosklerotische Veränderungen der kleinen Hautarterien nachweisbar. Diese Stücke stammten vom Fußrücken. Die Frage: „sind die Altersveränderungen der Haut allgemeiner (hämatogener) Natur oder durch Arteriosklerose einzelner Äste bedingt", wird nicht endgültig beantwortet. Die arteriosklerotischen Veränderungen der Haut sind hauptsächlich in der tieferen Kutis nachweisbar. Der Grad der Veränderungen der Hautarterien ist nicht parallel dem Grad der Veränderungen der Arterien der inneren Organe.

Über den Einfluß von Temperatur und Salzgehalt auf den serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung (nach SACHS-GEORGI), von H. SACHS-Frankfurt. S. 17—23. Es wird die Frage der Empfindlichkeit des Verfahrens erörtert. Vorwärmen zweistündig bei 50° ergibt gegenüber der Brutschrankmethode (37°) keinen Vorteil. Die Serummenge kann auf 0,2 ccm gesteigert werden. Die Kochsalzkonzentration kann bei Brutschrankaufenthalt auf 1,5% gesteigert werden. Hierdurch wird bei manchen Seris eine deutliche Steigerung der Ausflockung herbeigeführt. Die Spezifität der Reaktion bleibt erhalten. Parallelversuche mit 0,85 und 1,5%iger Kochsalzlösung werden empfohlen.

Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Karbid auf die menschliche und tierische Haut, von OTTO SACHS-Wien. S. 24—33. Besprechung der Chemie des Karbids. Dann Mitteilung eines Falles von gewerblicher Hautschädigung durch Karbid. Es entstehen Dermatitis und Verätzungen in Form von umschriebenen Geschwüren durch Arbeiten mit trockenem harten Kalziumkarbid. Bei Zutritt von Wasser entsteht Azetylengas und Löschkalk. Dieser macht Ätzgeschwüre. Nachprüfung dieser klinischen Beobachtung in Tierversuchen. Histologisch findet man schon bei Einwirkung von trockenem Karbid Nekrose. Für Gewerbe mit Karbid wird daher Einfetten der Hände mit amerikanischer Vaseline, Einpudern und darüber Handschuhe aus Gummi oder Leder empfohlen.

Über den Einfluß der Jodkalibehandlung auf die WASSERMANN-Reaktion, von SAHM-Königsberg. S. 34—41. Es wurden 63 Fälle von Lues mit Jodkali behandelt. Die Dosierung war 3,0 Jodkali pro die, im ganzen 60—180 g, meist 120 g per os. Von diesen 63 Fällen trat bei 27 durch die Behandlung eine negative WR ein, die in 22 Fällen auch bei stärkerer Nachuntersuchung noch vorhanden war. Besonders gute Erfolge bei Lues III mit klinischen Erscheinungen. Hier wurden von 22 Fällen 11 seronegativ unter völliger Abheilung. Verf. glaubt, dem Jodkali im tertiären Stadium vor Hg und Salvarsan den Vorzug geben zu müssen.

Das menschliche Ödem, von F. SAMBERGER. S. 42—68. Auf Grund klinischer Beobachtungen stellt Verf. zwei Arten von Ödemen fest, die vollkommen voneinander verschieden sind. Er unterscheidet das lymphatische und das transsudative (seröse) Ödem. Das lymphatische Ödem ist bedingt durch eine abnorm große Ansammlung von Gewebsflüssigkeit und Lymphe. Diese Flüssigkeit geht hervor aus der sekretorischen Tätigkeit der Endothelien der Blutkapillaren, die in ihrer Vitalität nicht gestört sind. Hierbei unterscheidet S. Ödem infolge Überproduktion von Lymphe und zweitens Ödem infolge Retention von Lymphe. Überproduktion von Lymphe ist die Grundlage folgender klinischer Erscheinungen: 1. des akuten QUINCKEschen Ödems, 2. der Urtikariaquaddel, 3. der Pemphigusblase, je nachdem, welcher Teil der Haut Sitz des Ödems ist. S. steht auf dem Standpunkt, daß unter normalen Verhältnissen die gesamte Lymphe einzig und allein auf dem Wege der Lymphbahnen aus dem Gewebe zurückkehrt. Beim aktiven lymphatischen Ödem kommt es zur Blasenbildung, wenn auch die Kapillaren der Hautpapillen an der Überproduktion teilnehmen. Es sind mechanisch entstandene Blasen, die ihre Entstehung der gewaltsamen Auseinanderdrängung der Epidermiszellen durch die überstürzt produzierte Lymphe verdanken (Pemphigus). — Das transsudative Ödem ist bedingt durch eine Durchtränkung des Gewebes mit einer Flüssigkeit, die ganz andere

Digitized by Google

physiologische Eigenschaften besitzt als die Lymphe und die infolge Durchtritts der Blutflüssigkeit durch die Wand von in ihrer Vitalität gestörten Gewebskapillaren entsteht. Hierhin gehört das Ödem der Nephrosen und inkompensierten Herzfehler, ferner die Ödeme bei Kachexie, Hunger, Tuberkulose usw. Durch Kälteschädigung der Kapillaren kann ein lokales transsudatives Ödem entstehen. Bei Nephrosen und Hungerödem wird die Einstellung der Funktion der innersekretorischen Drüsen, besonders der Schilddrüse, als ursächliches Moment angegeben. Ihr Hormon erhält normalerweise den Tonus der Blutkapillaren aufrecht. Es übt also einen lokalen, peripheren Einfluß auf den Blutkreislauf aus. — Das entzündliche Ödem ist seinem Wesen nach ein transsudatives, seröses Ödem; es kann aber auch mit dem lymphatischen kombiniert sein. Beispiele: Erysipel und Ekzem.

Die Dermatoskopie II. II. Mitteilung von Johann Saphier-München. S. 69—86. Kurze Beschreibung technischer Einzelheiten. — Die Tiefeninspektion reicht bei Hautstellen mit dünner Epidermis bis zum subpapillären Gefäßnetz. Das Licht wird hauptsächlich absorbiert durch die Epidermis mit ihrer Epithellymphe, durch das melanotische Pigment und durch die Hornfarbe, auf die Unna zuerst aufmerksam gemacht hat. — Mitteilung von Lupusfällen, in denen das Dermatoskop versagte. Grund: die Knoten lagen zu tief. — Im Dermatoskop kann man die Hornfarbe vom melanotischen Pigment gut unterscheiden. Beschreibungen von Nävis aller Art bringen für ihre Entstehung und Histologie nichts Neues. Nähere Beschreibung der Dermatoskopie eines Naevus anaemicus Vörner. Statt normaler Gefäße sind nur sogenannte Kapillargefäße vorhanden.

Beiträge zum klinischen Studium und der quantitativen Prüfung der Hautreaktion auf chemische Reize. II. (Über die chemische Hautreaktion bei peripheren und zentralen Lähmungen), von Walter Schäfer-Jena. S. 87—107. Die Untersuchungen wurden nach einer von J. H. Schultz angegebenen Methode durchgeführt. Schultz trägt Verdünnungen von Acid. carb. liqu. in Aqua dest. mittels Normalplatinöse in 3—20%igen Lösungen auf die Haut auf. Die Reizbarkeit läßt sich hierbei zahlenmäßig scharf ablesen. Er fand bei Luetikern die normale Reaktion, bei Ekzematikern eine Steigerung, bei Psoriatikern eine Herabsetzung der Hautempfindlichkeit. Verf. benutzte 5—15%ige Lösungen und trug sie möglichst systematisch auf beiden Körperhälften auf verschiedenen Stellen auf. Als Untersuchungsmaterial nahm er Kranke mit peripheren und zentralen Lähmungen. Er kommt zu folgendem Resultat: Die chemische Hautreaktion bei organischen Lähmungen ist bei peripheren sensibel-motorischen Lähmungen vielfach stark herabgesetzt, bei zentralen sensibel-motorischen Lähmungen anscheinend leicht erhöht, bei rein motorischen zentralen und peripheren Lähmungen anscheinend unverändert. Aus Versuchen von Luithlen und anderen geht hervor, daß die Hautreaktion abhängig ist von konstitutionellen und Stoffwechselfaktoren. Verf. nimmt an, daß örtliche Innervationsstörungen zu örtlichen biologischen Veränderungen dieser Art führen.

Über Impetigo herpetiformis, von E. Schardorn-Nürnberg. S. 108—120. Mitteilung von 2 Fällen von Impetigo herpetiformis. Bei 2 Patientinnen, die im Anschluß an eine Strumaoperation erkrankten, trat 3 Tage nach der Operation Tetanie ein. Die Hauterkrankung trat nach $^3/_4$ bzw. nach 1 Jahre auf. Beide Pat. kommen zum Exitus. Die Autopsie ergibt keine Klärung. Die Hauterkrankung zeigt die typischen Erscheinungen, die Hebra beschreibt. Kaposi beobachtete sie, mit einer Ausnahme, nur bei Schwangeren oder Puerperis. Verf. kommt auf Grund dieser 2 Fälle zu folgendem Satz: „Die Impetigo herpetiformis ist eine Autotoxikose, bedingt durch den Ausfall der Epithelkörperchenfunktion." Die Behandlung der beiden Fälle mit Schilddrüsenpräparaten war erfolglos.

Über Gefäßbündel an den Haaren des Backenbartes bei einem Australier, von P. Schiefferdecker. S. 121—129. Verf. fand bei histologischen Untersuchungen an den Barthaaren eines Australiers sehr starke Gefäßbündel. Diese Gefäßbündel versorgen die sehr dicken Haare mit Blut, ziehen dann aber zu den Talgdrüsen hin und bilden in diesen eine reiche Endverästelung in einem sehr kernreichen Bindegewebe. Die Talgdrüsen sind fast von der Größe einer kleinen Meibomschen Drüse.

Über morphologische Sekretionserscheinungen in den ekkrinen Hautdrüsen des Menschen, von P. Schiefferdecker. S. 130—132. Einteilung der Hautdrüsen in holokrine (Talgdrüsen) und merokrine (Schweißdrüsen). Die letzteren werden eingeteilt in die ekkrinen Drüsen (die kleinen Schweißdrüsen) und die apokrinen Drüsen (die großen Schweißdrüsen). Ranvier beschreibt ein Austreten von kleinen Kügelchen oder Tröpfchen aus den Zellen der e-Drüsen. Verf. selbst fand nur in einem Falle solche Bilder, und zwar bei den ekkrinen Drüsen des Mons pubis eines Sudannegers.

Digitized by Google

Die Zelle selbst bleibt bei diesem Vorgang unverändert. Verf. fordert die Dermatologen zu weiteren Beobachtungen auf.

Über die Verkalkungen im Unterhautzellgewebe, von Robert Schnitzer-Berlin-Schöneberg. S. 133—150. Fall einer Frau, die an rezidivierendem Erysipel litt. Im Anschluß daran bildete sich eine hochgradige Elefantiasis des rechten Beines aus. Die Sektion ergab Amyloidosis der Nieren und der Milz mit Schrumpfniere. Am Bein sah man derbe Bindegewebspfeiler, die durch das Fettgewebe in die Tiefe ausstrahlten. Mikroskopisch in diesen Pfeilern Kalk in Schollen und Klumpen und in Form von starren Fasern innerhalb des hyalin veränderten Bindegewebes. Hauptsächlich Verkalkung der elastischen Fasern. Verf. nimmt an, daß die Nierenschrumpfung und eine als sicher anzunehmende Störung des Kalkstoffwechsels begünstigend auf die Entstehung der Verkalkungen am Locus minoris resistentiae eingewirkt haben.

Die Dauererfolge der reinen Hg-Behandlung der Syphilis im Vergleich zu der kombinierten Salvarsan-Quecksilberbehandlung, von W. Scholtz und Willmer-Königsberg. S. 151—161. Verff. betonen die erhebliche Überlegenheit der kombinierten Kur. Nach nur einer Kur haben sie 89% Dauerheilungen bei Frühbehandlung beobachtet. Bei reiner Hg-Behandlung nur 17,3%.

Versuche am Lebenden über den Übergang von Farbstoffen aus dem Blut in die Rückenmarksflüssigkeit und über den Übergang von Arzneimitteln aus der Rückenmarksflüssigkeit in das Blut, nebst Bemerkungen über die intralumbale Salvarsanbehandlung, von W. Schönfeld-Greifswald. S. 162—177. Farbstoffe, wie Argoflavin und Indigokarmin, treten bei intravenöser Zuführung in den üblichen Dosen nicht in die Rückenmarksflüssigkeit über. Uranin per os in hohen Dosen tritt bei Gesunden in 35%, bei Syphilitikern in 45% in die Rückenmarksflüssigkeit über. Bei Liquorveränderungen scheint der Übertritt häufiger zu erfolgen, bei Paralyse ist er die Regel. — Dafür, daß intralumbal eingeführte Stoffe nach kürzerer Zeit in das Blut übergehen können, ist das Rezidivieren eines Silbersalvarsanexanthems nach intralumbaler Zuführung von Silbersalvarsan ein klinischer Beweis. Die alleinige intralumbale Salvarsanbehandlung bei Erkrankung des Zentralnervensystems hat nur eine geringe Bedeutung, solange wir nicht die Dauer des Verweilens des eingeführten Mittels in der Rückenmarksflüssigkeit kennen. Gleichzeitige intralumbale und intravenöse Behandlung ist zu empfehlen.

Zur Chemie der Zellfärbung und über Farbstoffnukleinsäuren, von Josef Schumacher-Berlin. S. 178—185. Verf. weist an Hand von Versuchen nach, daß diejenige Substanz, die die basischen Farbstoffe an den Zellkern chemisch bindet, vorwiegend die Nukleinsäure ist.

Zur Kenntnis der sogenannten Ohr- und Halsanhänge (branchiogene Knorpelnävi), von Hermann Werner Siemens-Breslau. S. 186—205. Krankengeschichten von 5 Fällen. Dann Mitteilungen über Klinik, Anatomie, Pathogenese und Ätiologie dieser Erkrankung. Die Erblichkeit wird betont.

Über Vorkommen und Bedeutung der gehäuften Blutsverwandtschaft der Eltern bei den Dermatosen, von Hermann Werner Siemens-Breslau. Nichts Neues.

Über die Provokation der WR durch Salvarsaninjektionen, von S. Silberstein-Königsberg. S. 227—234. Nachprüfung der Angaben Gennerichs. Die Provokation ist ein brauchbares diagnostisches Hilfsmittel für Fälle von Frühlatenz. Der wichtigste Tag der Blutentnahme ist der erste Tag nach der Injektion.

Diabetes und Syphilis, von M. Simmonds-Hamburg. S. 235—237. 300 Fälle von Diabetes mellitus kamen zur Sektion. In 20 von diesen Fällen war Syphilis anamnestisch oder anatomisch nachweisbar. Nur in 3 Fällen bestand ein sicherer Zusammenhang zwischen Diabetes und Syphilis. Die Syphilis spielt in der Ätiologie des Diabetes eine sehr untergeordnete Rolle.

Über multiple neurotische Hautgangrän und ihre Beziehungen zur inneren Sekretion, von Ernst Sklarz-Berlin. S. 238—249. Mitteilung der Krankengeschichte eines Falles. Die Geschwüre waren in der Mitte der l. Handfläche lokalisiert. Auffallend ist die Häufung von Sympathikussymptomen, wie Dermographismus, Präkordialangst, Pollakisurie, isoliertes Schwitzen der l. Hand. Differentialdiagnostisch konnten Lepra, Tuberkulose, Lues und Artefakte ausgeschlossen werden. Als Ätiologie wird eine Störung im endokrinen Stoffwechsel angenommen, und zwar eine Hyperfunktion der Thyreoidea. Therapeutisch wurde Antithyreoidin mit dem Erfolg der glatten Heilung der Geschwüre gegeben.

Digitized by Google

Zur Kenntnis der akzessorischen Gänge am Penis, von H. Sowade-Halle a. S. S. 250—253. Bei einem 22jähr. Manne fand sich auf der Unterseite des Penis in der Mitte der Pars pendula, genau in der Raphe, eine kleine Öffnung, aus der gonokokkenhaltiger Eiter quoll. Von hier führte, dem Verlauf der Raphe entsprechend, ein 10 cm langer federkieldicker Strang bis zur Raphe des Skrotums, wo er blind endigte. Behandlung: Exstirpation. Histologisch drei Schichten: 1. eine mehrschichtige Plattenepithelschicht, 2. ein zartes gefäßreiches Bindegewebe, 3. eine „Muskularis". Zwischen den Epithelzellen Gonokokken. Die Bezeichnung „paraurethraler Gang" für Gänge am Penis wird abgelehnt. Histologisch Ähnlichkeit mit der Harnröhre. Entstehung durch entwicklungsgeschichtliche Mißbildung. Der akzessorische Gang war isoliert blennorrhoisch infiziert.

Das tuberkulöse Erythema annulare centrifugum, von B. Spiethoff-Jena. S. 254—258. Mitteilung von 2 Fällen des von Darier beschriebenen Symptomenkomplexes: Reines Erythem. Zentrifugales Wachstum. Bildung von Kreisen. Kontinuierliche Randzone. Im Anfang Infiltration der Randzone. In keinem Teile des Herdes Schuppung oder Atrophie. Bei einem Patienten kam das Erythema centrif. annul. zusammen mit Erythema induratum vor. Die Gegenreaktion beim Pirquet im Erythembereich fiel allerdings nicht positiv aus. Beim zweiten Fall fiel die Pirquetgegenreaktion positiv aus. Beide Fälle haben mit Erythema induratum gemeinsam: Prädilektion an den unteren Extremitäten, Auftreten bei jungen Mädchen. Verf. sieht die tuberkulöse Natur des Erythems in seinen Beobachtungen als gesichert an.

Das Blutbild bei den verschiedenen Formen der Hauttuberkulose, von B. Spiethoff-Jena. S. 259—267. Systematische Erhebung der Blutbefunde. An 4 Tagen wird täglich viermal untersucht. Zählung der Neutrophilen ist wichtig. Bei den verschiedenen Formen der Hauttuberkulose werden im wesentlichen dieselben Befunde erhoben wie bei der inneren Tuberkulose, und zwar in unkomplizierten Fällen eine Hyperlymphozytose, eine Anisohypozytose der Neutrophilen. Eine Hyperzytose der Neutrophilen weist auf Komplikation hin. Den einzelnen klinischen Formen entspricht nich eine besondere Art des Blutbildes. Die Möglichkeit, aus dem Blutbild die Prognose zu stellen, ist sehr bedingt und nur bei großer eigener Erfahrung möglich.

Zur Ätiologie und Symptomatologie der Alopecia areata, von Rudolf Spitzer-Breslau. S. 268—280. Zur Klärung der Frage nach der Ätiologie gibt Verf. Statistiken über das Vorkommen von Lymphdrüsenschwellung und über die Frage nach der Kontagiosität. Bei dem Breslauer Material fanden sich durchschnittlich bei 4 Areatafällen 3 mit Lymphdrüsenschwellungen. Bei dem Berner Material von Jadassohn fanden sich nur 38% Lymphdrüsenschwellungen. Befallen waren je nach dem Sitz der Alopezie die mastoidalen und okzipitalen Lymphdrüsen, bei Herden im Bart die Submaxillar-Submentaldrüsen. Subjektiv keine Beschwerden. Größe schwankte zwischen Erbse und Haselnuß. Die Konsistenz war mittelweich. Verf. hält einen Zweifel an dem unmittelbaren Zusammenhang der Drüsenschwellungen mit der Alopecia areata nicht mehr für berechtigt. Männer sind doppelt so häufig befallen wie Frauen. Rezidive sind sehr häufig. Es gibt eine Anzahl von Fällen, in denen auf Grund gleichzeitiger Erkrankungen mehrerer Menschen die Annahme einer Übertragung unmöglich von der Hand zu weisen ist.

Cutis verticis gyrata (Jadassohn-Unna), von Oskar Spring-Berlin. S. 281—293. Verf. bringt eine Tabelle aller bisher veröffentlichten Fälle und eigene Beobachtungen. Bei genauer Beobachtung findet man diese Dermatose häufiger wie bisher angenommen. Auch er beobachtete erbliches Vorkommen. Dies beweist, daß die Cutis vert. gyr. eine Mißbildung der Haut ist, die hereditär veranlagt oder embryonal angelegt ist und in das Gebiet der Nävi gehört. Mitteilung eines Falles von nävogenem Tumor, der nach einem Trauma entstand und klinisch der Cutis vert. gyr. ähnelte.

Über Kutireaktion bei Favus, von Robert Otto Stein-Wien. S. 294—303. Stein stellte innerhalb von 10 Jahren an 67 Favusfällen eine Kutireaktion mit einem polyvalenten Misch-Trichophytin an, das 6 Trichophytinarten und 3 Achorionstämme enthielt. Nur in 4 Fällen erhielt er ein positives Resultat. Diese 4 Fälle boten klinisch das Bild des Favus corporis mit kleinen Skutulis und intensiven Entzündungserscheinungen. Kulturell fand sich bei diesen 4 Patienten niemals das gewöhnliche Achorion Schoenleinii, sondern Achorion violaceum Bloch, Achorion Quinckeanum und Achorion gypseum Bodin. Histologisch eine starke Infiltration der Krankheitsherde, ähnlich wie bei Trichophytie, im Gegensatz zum fast reaktionslos verlaufenden Kopffavus. Stein zieht eine scharfe Grenze zwischen dem Achorion Schoenleinii und den anderen menschenpathogenen Achorionarten. Das Achorion Schoenleinii ist der seit Jahrhunderten von Mensch zu Mensch übertragene domestizierte Favuspilz. Er löst keine Im-

Digitized by Google

munitätsreaktion mehr aus und heilt daher sehr schlecht. Die gelegentliche Übertragung anderer Achorionarten, die für gewöhnlich Parasiten von Tieren sind, löst eine Immunitätsreaktion beim Menschen aus und geht mit der Erzeugung einer Hautallergie einher. Daher heilen die Favusinfektionen tierischen Ursprungs beim Menschen rascher ab als der humane Favus.

Zwei Fälle von Tuberkulose des Hypoderms (Fungus cutis Riehl), von Margarete Strjskal. S. 304—309. Mitteilung der Krankengeschichten und der histologischen Untersuchungen zweier Fälle. Besonders hervorzuheben ist der ausgesprochene Sitz aller Herde an der Kutis-Subkutisgrenze. Klinisch: unter der Haut liegende Tumoren, die zum Teil Fisteln gebildet haben. Die Tuberkulinprobe fiel nur in einem Fall positiv aus. WR negativ. Die Tierversuche fielen in beiden Fällen positiv für Tuberkulose aus. Histologisch auch charakteristischer Befund.

Über den Aderlaß in der Dermatologie, von Carl Stern-Düsseldorf. S. 310—313. Aus einer großen Erfahrung heraus empfiehlt Stern den Aderlaß bei einer Reihe von Indikationen. Bei Meningitis serosa luetica und Salvarsanintoxikation ist ein ausgiebiger Aderlaß von mindestens 300 g indiziert. Bei der Meningitis gibt er dem Aderlaß den Vorzug vor der Lumbalpunktion und wiederholt ihn des öfteren in kleinerem Umfang. Bei Urtikaria und ähnlichen Autointoxikationen nimmt er eine oder mehrere Blutentziehungen von 100—150 g vor. Desgleichen bei Pemphigus und Dermatitis herpetiformis. Man kann hinterher Kochsalz oder Ringersche Lösung infundieren oder Eigenblut oder Serum injizieren. Die Erfolge sind vorhanden auch nur bei der Blutentziehung. Der physiologische Vorgang ist noch ungeklärt. Bei Bleichsüchtigen, Pyodermien, Hauttuberkulosen, Ekzemen, besonders dem seborrhoischen Ekzem Unnas, wendet er, nach der Empfehlung Rosins, kleine, aber häufige Aderlässe an. Die Hauptwirkung wird der entstehenden Hyperleukozytose zugeschrieben; ebenso hat Verf. bei Milch- und Terpentininjektion diese Hyperleukozytose beobachtet und hält sie für wesentlich, wenn nicht für ausschlaggebend. Bei gehäuften kleinen Aderlässen tritt eine Steigerung der Immunagglutinine ein, wie Hahn und Neu in Tierversuchen nachgewiesen haben.

Beitrag zur Kenntnis des Granuloma annulare, von Eduard Stettler-Basel. S. 314—328. Verf. hat 3 Fälle von Granuloma annulare klinisch und histologisch genau untersucht; 3 weitere Fälle wurden nur histologisch untersucht. In einem Fall fand er histologisch tuberkuloides Gewebe. Von 6 Fällen hatten 4 eine positive Pirquetreaktion. Klinisch und histologisch kommen Übergänge von Granuloma annulare zu papulonekrotischen Tuberkuliden vor. Die tuberkulöse Ätiologie wird dadurch in den Bereich der Wahrscheinlichkeit gerückt. Therapeutisch gute Erfolge durch die Kombination von Arsen mit Röntgenbestrahlungen. Vierwöchentlich zehnmal durch 1 mm Aluminiumfilter.

Fragen des Syphilisablaufes im Lichte experimenteller Trypanosomenforschung, von A. Stühmer-Freiburg i. Br. S. 329—400. Aus äußeren Gründen ist die deutsche experimentelle Syphilisforschung auf niedere Tiere, wie Kaninchen, angewiesen. Kaninchen sind nun relativ unempfindlich gegen Spirochäten. Arbeiten mit großen Reihen ist noch unmöglich. Verf. benutzt daher als Versuchsmaterial den Trypanosomenschanker des Kaninchens, und bezeichnet ihn als „Paradigma", das allen Anforderungen in genügender Weise entspräche. Koitusübertragungen sind ihm allerdings nicht gelungen. Klinisch bringen die großen Versuchsreihen nichts Neues. Die Dosis sterilisans bei Salvarsan steigt mit dem Augenblick der Generalisierung der Infektion auf das sechsfache gegenüber der Primärperiode. In der menschlichen Muttermilch können nur geringe Spuren von vorher injiziertem Salvarsan nachgewiesen werden, und zwar in einer gebundenen Form, aus der das Salvarsan erst durch Erhitzen freigemacht werden kann. Abgeschwächten Trypanosomenstämmen, die aus dem Zentralnervensystem stammten, erkennt St. eine gewisse Neurotropie zu.

Zur Anatomie und Pathogenese der Urtikaria, von Ludwig Török und Emerich Lehner-Budapest. S. 401—406. Histologische Untersuchung einer Reihe verschiedener Urtikariaeruptionen. Man fand den charakteristischen Befund der akuten Entzündung: Auswanderung weißer Blutzellen, Ödem und Erweiterung der Blutgefäße. Nach der Ansicht der Verff. ist die Urtikariaquaddel die leichteste und flüchtigste Form der Entzündung. Sie nehmen für alle Fälle eine hämatogene Entzündung an, auch bei der psychischen Urtikaria. Durch die seelische Erregung wird eine Veränderung in der Ausscheidung des Verdauungssaftes bedingt, — der dann resorbiert wird (Török) oder aber es veranlaßt eine zentrale Reizung eine Überproduktion der Drüsen mit innerer Sekretion. Diese Sekretionsprodukte werden resorbiert und erzeugen auf hämatogenem Wege die Urtikaria (Jadassohn-Rothe). Daß die Substanzen, welche Urtikaria er-

Digitized by Google

zeugen, nicht auch Entzündungen höheren Grades hervorrufen können, macht immer noch keinen Unterschied zwischen urtikarieller und gewöhnlicher Entzündung. Andere Substanzen, die in schwacher Verdünnung Urtikaria hervorrufen, haben auch nicht immer die Fähigkeit, in starker Konzentration eine ständige Entzündung oder Nekrose hervorzurufen.

Beitrag zur Ätiologie der Impetigo herpetiformis, von Anton Tryb-Brünn. S. 407—411. Mitteilung der Krankengeschichte eines typischen Falles von Impetigo herpetiformis bei einem Mann. Es bestanden Anfälle von Diabetes insipidus. Röntgenographisch wurde eine Vergrößerung der Hypophyse festgestellt. Dies ist ätiologisch von Wichtigkeit. Denn die meisten Fälle von I. h. wurden bei Schwangeren beobachtet, bei denen ja auch Veränderungen in der Hypophyse vor sich gehen, welche die physiologischen Grenzen leicht überschreiten können.

Zur Kenntnis der Pigmentsyphilis Typus Bockhart, von Paul Unna jun. S. 412—422. Bei einer Frau mit einem makulösen syphilitischen Exanthem schlug die kupferrote Farbe der Effloreszenzen in wenigen Tagen in eine braunschwarze um. Es handelt sich nicht um eine konsekutive Pigmentierung der zerfallenen roten Blutkörperchen, sondern um eine primäre, unter dem Einfluß der Syphilis stehende Pigmentierung.

Zur Frage der Zugehörigkeit des Angiokeratoms, von Richard Volk-Wien. S. 423—427. Bei einem Patienten bestand gleichzeitig Lupus erythematodes und Angiokeratom Typus Mibelli. Histologisch kein Anhalt für Tuberkulose beim Angiokeratom. Pirquet positiv. In der Achselhöhle eine tuberkulöse Drüse. Auf Chinin-Jodtinkturbehandlung Besserung beider Dermatosen. Es besteht also ein Zusammenhang zwischen beiden und eine Beziehung zur Tuberkulose.

Zur Lehre von der Entstehung des Herpes zoster, von Hans Vörner-Leipzig. S. 428—451. Verf. stellt an Stelle der alten Theorien eine neue Theorie auf. Er geht dabei von Beobachtungen aus, die Touton zuerst nach intraglutäaler Hg-Injektion beobachtet hat, wenn bei der Injektion ein Nerv getroffen wurde. Es trat nämlich am Tage nach der Injektion eine Eruption von Zosterbläschen am gleichseitigen Oberschenkel auf. Ähnliche Beobachtungen machte Selenew und der Verf. selbst. Für die Schädigung des Nerven kommt außer dem Trauma und einer individuellen Disposition auch das Hg in Betracht. Das Hg wirkt nicht durch Infiltrierung, sondern hämatogen. Tierversuche sollen dies erhärten. Bei Tieren, die nach Fütterung mit fauligem Fleisch eine Dermatitis bekamen, wurde am Tage der Fütterung der Ischiadikus durchschnitten. Dann trat im Gebiet des verletzten Nerven die Dermatitis früher auf als am übrigen Körper. — Es kann ein einziger pathologischer Prozeß zur Entstehung beider erforderlicher Ursachen (Trauma und Gift) führen, z. B. Lithiasis der Gallenblase. Eine andere Gruppe von Zoster umfaßt Fälle, bei denen die Ursachen auf verschiedener Basis beruhen, z. B. eine rheumatische Neuritis und eine Fischvergiftung oder aber ein spinales Trauma und Resorption von Eukalyptusöl. Die Beispiele sprechen für die Möglichkeit, daß alle Zosteren nach Art des Hg-Zosters entstehen können. Ein Rezidiv tritt ein, wenn die gleichen Bedingungen vorliegen wie beim ersten Ausbruch.

Über Livedo racemosa bei Tuberkulose, von Ludwig Waelsch-Prag. S. 452 bis 457. In drei Fällen von Livedo racemosa wird nicht wie sonst die Syphilis, sondern die Tuberkulose als ätiologisch ausschlaggebend gedeutet. Drei Symptome waren den Fällen gemeinsam: Lungentuberkulose, Tuberkulide, Livedo racemosa. Verf. hält eine Beeinflussung der Venenwände durch die Tuberkulose für möglich.

Lichen annularis mit eigenartiger Entartung des Bindegewebes und Ausgang in schlaffe Atrophie, von Wilhelm Wechselmann und Karl Unna. S. 458—462. Typischer Fall von Lichen annularis (klinisch und histologisch) mit Ausgang in ganz schlaffe, der Anetodermie sehr ähnliche Atrophie.

Ein ungeklärter Fall von Gelbfärbung der Haut, von S. Werner-Hamburg. S. 463—465. Kasuistischer Beitrag zur Frage der Gelbfärbung der Haut mit unbekannter Genese und familiärer Disposition.

Hautveränderungen bei tuberöser Sklerose, von W. Weygandt-Hamburg. S. 466—473 Hautveränderungen verschiedener Art sind bei tuberöser Sklerose des öfteren beobachtet worden. In diesem Falle fand sich eine unendliche Fülle verhornter flacher Wärzchen auf dem Rücken einer Patientin. Die Wärzchen waren angeordnet in Streifen, die von der Mittellinie ausgehen, nach oben außen ziehen und von da nach seitlich abwärts. Man konnte beinahe an einen Zusammenhang mit der Nervenverteilung denken. Es handelt sich also um eine äußerst massenhafte Entwicklung von Naevus keratinosus bei Epilepsie auf tuberös sklerotischer Grundlage.

Digitized by Google

Zur Ätiologie des Lupuskarzinoms, von Paul Wichmann-Hamburg. S. 474 bis 482. Bei 1557 Lupuskranken wurden 19 Lupuskarzinome beobachtet. Unterernährung wird als begünstigend angenommen. Der Lupus als Ursache der Ca-Bildung ist unwahrscheinlich, da nur in $1^1/_4$% Ca auftrat. Der klinische und histologische Befund weist darauf hin, daß 8 Fälle ausgesprochene Narbenkarzinome waren; von den anderen waren 7 Röntgenkarzinome und 1 Mesothoriumkarzinom, das bisher nicht beobachtet wurde. Das Ca entwickelt sich dort, wo eine kräftige, langdauernde therapeutische Einwirkung mit chronisch entzündlichen Reizzuständen stattgefunden hat. Ca kann experimentell nur dann erzeugt werden, wenn das primäre X für die Ca-Entwicklung gegeben ist. Intensität und Qualität der Strahlen spielen eine bis jetzt noch gänzlich unbekannte Rolle. Dies ist forensisch von Wichtigkeit.

Über die spirillozide Wirkung der verschiedenen Salvarsanpräparate (Alt-, Silber-, Neo-, Sublimatsalvarsan), von Wienert-Königsberg. S. 483—486. Verf. beobachtete die Wirkung der Präparate durch Spirochätenuntersuchungen von Primäraffekten und breiten Kondylomen. Den Patienten wurden die verschiedenen Präparate intravenös einverleibt. Die Erfolge mit Silbersalvarsan waren kaum besser als die mit Altsalvarsan. Die Beobachtungen über die anderen Präparate sind noch nicht abgeschlossen.

Klinische und experimentelle Karzinomstudien, von Ferdinand Winkler-Wien. S. 487—508. Eine Hauptrolle in den zahlreichen Versuchen spielt die Milz und daraus bereitete Extrakte. Eignet sich nicht zum Referat.

Zur Kenntnis der Lymphogranulomatosis cutis, von Franz Wirz-München. S. 509—529. Von Gross wurde zuerst eine Lymphogranulomatose der Haut diagnostiziert. Verf. bringt Krankengeschichte und histologischen Befund eines Falls; es ist der sechzehnte, der in der Literatur ausführlich beschrieben wird. Klinisch zeichnete sich der Fall durch eine spezifische Infiltration aus, die über Kopf, Gesicht, Hals und Oberkörper gleichmäßig verbreitet war. Histologisch in der Kutis und einer Halslymphdrüse typische Sternbergsche Riesenzellen. Im Blutbild eine erhebliche Eosinophilie. Die Entstehung der Hautlymphogranulomatose ist vielleicht so zu erklären, daß die Haut als Ersatz für die erkrankten Drüsen an der Lymphozytenbildung beteiligt ist und schließlich auch deren Erkrankung verfällt.

Die Veränderung des Zentralnervensystems beim Typhus exanthematicus und ihr Verhältnis zu dem Prozeß in den Roseolen der Haut, von Friedrich Wohlwill-Hamburg. S. 530—552. Eugen Fraenkel beschrieb als Erster die histologischen Befunde bei Fleckfieberroseolen. Er fand eine Erkrankung der den Roseolenbezirk versorgenden Arterie, die hauptsächlich in einer umschriebenen Wandnekrose und ferner in dem Auftreten zelliger Knötchen bestand. Diese setzen sich aus gewucherten adventiellen und periadventiellen Zellen zusammen. Auch im Zentralnervensystem von Fleckfieberkranken findet sich ein äußerst charakteristischer herdförmiger Prozeß, der in zweifelhaften Fällen die Diagnose stützen kann. Es handelt sich dann um Wucherung adventieller Zellen und um das Auftreten von Lymphozyten und Plasmazellen in den Lymphscheiden. Ferner gibt es Herde, bei denen das ektodermale Gewebe mitbeteiligt ist. Sie bestehen dann aus plasmatisch gewucherten Gliazellen und geschwollenen Adventitiazellen. Daneben gibt es rein gliöse Herde in Gestalt lockerer Gliawucherungen. — Welche von diesen herdförmigen Affektionen kann man den Fleckfieberknötchen der Haut als analog betrachten? Die Beantwortung der Frage ist schwer, da man im Zentralnervensystem ekto- und mesodermales Gewebe scharf trennen kann, aber nicht in der Haut. Noch ein anderes Moment verbietet eine Gleichstellung der Affektion der Haut und der der Zentralorgane. Als Herdgefäß kommen bei den Roseolen kleine arterielle Äste, im Zentralorgan Kapillaren in Frage. Der Vergleich läßt aber doch auf die regressiven Gefäßveränderungen einen erheblichen Nachdruck legen. Die Intensität des Fleckfiebervirus spielt eine große Rolle. Für die Beurteilung des klinischen Bildes in Beziehung zum anatomischen Befund muß man vor allem daran denken, daß die Nervenfasern mitsamt der Markscheide von den Herden verdrängt, aber nicht zerstört werden. Daher ist es auch zu erklären, daß nach Flecktyphus nie dauernde nervöse Ausfallserscheinungen beobachtet worden sind.

Die histogene und die humorale Tuberkuloseimmunität, von A. Wolff-Eisner-Berlin. S. 553—587. Definition des Begriffs „Immunität". Die Immunität ist nur das Eingreifen von Antikörpern in den Kampf zwischen dem infizierten Organismus und den Bakterien. Verf. setzt sich dann mit den Theorien Lewandowskys und Zieglers auseinander. Eignet sich nicht zum Referat. P. Meyerhoff-Hamburg.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Die Dermatologie in ihren Beziehungen zur inneren Medizin (Anleitung zur vollständigen klinischen Kenntnis der Hautkrankheiten für Ärzte und Studenten [La dermatologia nei suoi rapporti con la medicina interna. Aviamento alla connoscenza clinica integrale delle malattie cutanee]), von Pier Lodovico Bosellini-Messina. (Società Editrice Libraria, Milano 1921.) In der Einleitung wendet sich der Verf. gegen die einseitige morphologische Auffassung der Hautkrankheiten durch Hebra und seine Schule. Der Dermatologe müsse stets der nach der Ursache des Hautleidens suchende Arzt bleiben, sich hierbei der Errungenschaften sämtlicher Zweige der Medizin bedienend. I. Teil: Anatomie der Haut unter Berücksichtigung der Entwicklungsgeschichte, Blut- und Lymphgefäßsystem, peripheres Nervensystem, das Rückenmark, das Gehirn und der Sympathikus (Schilderung deren Funktion mit Rücksicht auf die Haut). Anatomische Chemie der Haut (Hinweis auf Unna, als Schöpfer derselben). II. Teil: Physiologie. Mechanische — aktive und passive — Schutzvorrichtungen der Haut. Durchlässigkeitsverhältnisse derselben, Funktion der Haut als Atmungsapparat und Schutzvorrichtung gegen das Licht. Schilderung des gesamten Trophismus der Haut, der abhängig ist von der primären Tätigkeit des Zellprotoplasmas, vom Nerven- und Hormonensystem, sowie vom Blut- und Lymphgefäßkreislauf. III. Teil: Einteilung der Hautkrankheiten vom morphologischen Standpunkt aus. Die 3 Hauptgruppen sind: a) Störungen im Blutkreislauf; b) Entzündungen; c) Ernährungsstörungen (regressive, progressive). IV. Teil: Erklärung des Begriffes von Prädisposition und veranlassender Ursache. Aufzählung sämtlicher ätiologischer Faktoren. V. Teil: Organopathie. Dieser Teil bildet den Hauptinhalt des 600 Seiten zählenden Buches. Es wird gezeigt, wie die Störungen der Funktion der inneren Organe die Ursachen für Hautleiden abgeben, wie aber auch beide — Haut und innere Organe —, ohne daß ein Kausalnexus bestände, durch ein und dieselbe Schädlichkeit direkt erkranken können. Im 1. Kapitel wird der Stoffwechsel und die Folgen der abnormen Funktion desselben geschildert. Im 2. Kapitel das sympathische Nervensystem und die Ätiologie der Sympathikuserkrankungen, die alle aufgezählt werden, besprochen, ferner die vasomotorischen und trophischen Störungen mit den durch sie hervorgerufenen Dermatosen angeführt. 3. Kapitel: Innersekretorische Drüsen. Normale, soweit bekannte Funktion derselben. Die abnorme Funktion wird an zahlreichen Beispielen gezeigt, besonders die der weiblichen Keimdrüsen. 4. Kapitel: Verdauungstraktus. Aufzählung der Dermatosen, die durch dessen Erkrankung oder abnorme Funktion entstehen können. 5. Kapitel: Atmungsapparat. 6. Kapitel: Uropoetisches System. 7. Kapitel: Blut- und Lymphgefäßsystem. Allgemeine anatomisch-physiologische Betrachtungen über dessen Gewebe. Aufzählung der verschiedenen Abarten der Leukämien und der durch sie hervorgerufenen Dermatosen. In dieses Kapitel gehören auch die durch die Erkrankungen des Blut- und Lymphgefäßsystems entstandenen Hautkrankheiten (Herzklappenfehler, Arteriosklerose usw.). 8. Kapitel: Erkrankungen der Bewegungsorgane und die durch sie entstandenen Hautkrankheiten (Arthritis rheumatica, Muskel- und Knochenerkrankungen). 30 engbedruckte Seiten von Quellenangaben aus der medizinischen Weltliteratur beschließen, entsprechend aufgeteilt, die einzelnen Abschnitte dieses großangelegten Werkes, dessen Studium nicht warm genug empfohlen werden kann und dessen Übersetzung ins Deutsche gewiß wünschenswert wäre, da es, vermöge seiner alle Zweige und Fragen der Dermatologie bis in das kleinste Detail umfassenden Anlage bei strenger und kritischer Behandlung des so schwierigen Stoffes in höchstem Grade geeignet ist, einem jeden, der sich in demselben Rat holen möchte, vollste Befriedigung zu bringen. E. Freund-Triest.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe.

b. Pathologie und Klinik.

Über die Blennorrhoe der Neugeborenen, von K. Lindner. (W. m. W., 1921, Nr. 24, S. 1068—1070) Die Blennorrhoe beginnt spätestens am vierten Tage nach der Geburt nur, wenn nicht credéisiert wurde. Hierdurch findet aber kein Schutz gegen die Einschlußblennorrhoe statt, welche trotz manchmal stürmischen Beginns (etwa am 7.—8. Tage nach der Geburt) prognostisch günstig ist. E. Riebes-Königsberg.

Digitized by Google

c. Therapie.

Zur Gonorrhoeprophylaxe, von E. Finger. (W. m. W., 1921, Nr. 1, S. 67.) Es werden die Cholevalschutzstäbchen von Merck empfohlen. E. Riebes-Königsberg.

Heißwasserspülungen bei Gonorrhoe, von A. Scherliess-Charlottenburg. (D. m. W., 1921, Nr. 3, S. 72—73.) Verf. empfiehlt für die männliche Blennorrhoe die Behandlung mit heißen Dauerspülungen. Er bedient sich dazu eines Doppelkatheters und spült alle 6 Tage 10—30 Minuten lang mit Wasser bis 48°. In der Zwischenzeit Behandlung mit schwacher Höllensteinlösung. Sowohl ganz akute Fälle als auch Nebenhodenentzündungen vertragen die Spülungen gut; auch die Erkrankungen der Pars posterior gelangten nur hiermit zur Heilung. Die Behandlungsdauer wird hierdurch nicht abgekürzt, doch wurde kaum ein Rückfall beobachtet. A. de Lemos-Hamburg.

Thermopenetration bei Gonorrhoe, von Kyaw-Dresden. (D. m. W., Nr. 33, S. 962—963.) Verf. empfiehlt die Thermopenetration für die Behandlung der Blennorrhoe. Die in der Tiefe des Gewebes und in den erkrankten Gelenken befindlichen Gonokokken werden durch Temperaturen bis 44,5° abgetötet, ohne daß Gewebsnekrosen auftreten. F. Harry-Berlin.

Die erfolgreiche Behandlung eines Falles von Gonokokkensepsis mit Meningokokkenserum, von J. Citron-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 31, S. 891.) Verf. hat einen Fall von Gonokokkensepsis mit 50 ccm Meningokokkenserum zur Heilung gebracht. Er begegnet dem Einwand, daß es sich hierbei um einen Effekt der Proteinkörpertherapie handeln könnte, damit, daß Jodkollargoleinspritzungen erfolglos waren. Verf. verwendete Meningokokkenserum wegen der nahen Verwandtschaft zwischen Meningo- und Gonokokken. F. Harry-Berlin.

Intravenöse Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit Trypaflavin, von W. Haupt-Bonn. (Zbl. f. Gyn., 1921, Nr. 34, S. 1225—1231.) An 19 Patientinnen hat Verf. feststellen können, daß intravenöse Trypaflavininjektionen die weibliche Blennorrhoe in kürzerer Zeit heilen, als die bisher übliche lokale Behandlung. Verf. ist sich der kleinen Zahl der Beobachtungen bewußt und will mit seinen Ergebnissen nicht allgemein gültige Gesetze aufstellen. E. Hornemann-Lüneburg.

Behandlung der Epididymitis gonorrhoica mittels Plasmotherapie (Le traitment de l'Epididymite gonococcique par la plasmothérapie), von G. Weill-Metz. (Presse méd., 1921, Nr. 55.) Verf. hat bei 3 Patienten die blennorrhoische Epididymitis sehr befriedigend behandelt, indem er die begleitende Hydrozele punktierte, das Punktat auf 45° erwärmte (zur Abtötung etwa vorhandener Gonokokken) und dasselbe in Mengen von 3—10 ccm subkutan am Oberschenkel injizierte. Besonders erfreulich wurde dabei die schnelle Beseitigung der Schmerzen bemerkt. Eine ähnliche Beobachtung ist von Marinescu 1920 mitgeteilt worden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die interne Behandlung der Epididymitis gonorrhoica, von L. Isacson. (B. kl. W., 1921, Nr. 34, S. 1005.) Verf. empfiehlt neben der lokalen Wärmeapplikation eine Kombination von Salizylsäure und Jod. Die Wirkung ist sowohl eine schmerzstillende als auch eine resorbierende. Heilung erfolgt meist ohne Narbenbildung. G. Heymann-Elbing.

Punktion des Vas deferens, Argyrolinjektion in dasselbe, Spaltung der Samenblasen (Vas Puncture, Injection of Vas with Argyrol and Seminal Vesiculotomy), von A. S. Sanders-New York. (New York m. J., 1921, Bd. 113, Nr. 13.) Die genannten Eingriffe kommen besonders bei Gelenkaffektionen nach Tripper in Betracht. E. Levin-Berlin.

Über Argochrom bei weiblicher Gonorrhoe, von Paul Voormann-Elberfeld. (D. m. W., 1921, Nr. 25, S. 714.) Argochrom ist ein venenendothelschädigendes Mittel. Lokal angewendet sichere Erfolge bei Zervixblennorrhoe und weiblicher Urethralblennorrhoe. F. Harry-Berlin.

Zur Frage der Heilbarkeit der weiblichen Gonorrhoe (Erfahrungen in der ambulanten Gonorrhoebehandlung), von Ludwig Zill-München. (M. m. W., 1921, Nr. 37, S. 1183.) Der Verf. muß zunächst schmerzlich zugestehen, daß ihm nur etwa ein Viertel seiner Pat. treugeblieben und daß gut die Hälfte schon gleich nach den ersten Behandlungen nicht mehr gekommen ist. Das kann ja den Kenner nicht überraschen, und alle Zwangsmaßregeln, Belehrungen und Zählungen der Geschlechtskranken können das so wenig ändern, wie die Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheiten, besonders der Blennorrhoe trotz und während der Behandlung. Wenn Pat., die unter provokatorischen Methoden gehalten wurden, mehr als 14 negative Abstriche geliefert hatten, war ein Wiederpositivwerden nicht mehr zu erwarten. Zur Feststellung der Infektiosität waren

Digitized by Google

durchschnittlich 7 Abstriche nötig. Bei den Provokations-„Verfahren" bewährte sich Vakzine am wenigsten, besser Lugol und Wasserstoffsuperoxyd, am besten die Regeln. Um klinisch eine Heilung feststellen zu können, sind folgende Mindestforderungen zu erfüllen: 1. 5 negative Abstriche während der Behandlung; 2. nach Aussetzen der Behandlung auf die Dauer von 3 Tagen Provokation mit H_2O_2 und Lugol, hierauf negative Abstriche an 5 aufeinanderfolgenden Tagen; 3. 5 negative Abstriche nach den K[illegible]n. Wünschenswert ist es aber, auch nach 2 weiteren Regeln nochmals je 5 Abstriche zu nehmen. Für die Behandlung haben sich Delegonstäbchen bewährt. Gleichzeitig Behandlung mit Trypaflavin (Spülungen, Stäbchen, Tampons usw.) hat keine besonderen Vorteile, ist aber lästig wegen der Unbeständigkeit der dünnen Lösungen und der starken Färbekraft. Mit Lunagon ließ sich kein Erfolg erzielen. Von 48 aushaltenden Kranken konnten 44 geheilt werden. Durchschnittliche Behandlungsdauer 6 Monate, höchste 12, geringste $2^1/_2$. A. v. Notthafft-München.

Beitrag zur Kaseosanbehandlung, von H. Gaertner-Dresden. (B. kl. W., 1921, Nr. 37, S. 1108.) Verf. kommt an Hand eines großen Krankenmaterials zu folgenden Schlüssen: Die Blennorrhoeprovokation mit Kaseosan hat bei Frauen in einem größeren Prozentsatz ein positiveres Ergebnis gehabt als das Arthigon. Zur Behandlung eignen sich besonders chronische Bartholinitiden, Leistendrüsenbubonen und Adnexerkrankungen. Die intramuskuläre Anwendung ist der intravenösen gleichwertig und ist wegen der geringeren Allgemeinwirkung und bequemeren Anwendung der letzteren vorzuziehen.
G. Heymann-Elbing.

Zur Diagnose der Gonorrhoeheilung bei Frauen, von Blaschko und Gross-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 40, S. 1202.) Als Provokationsverfahren wird empfohlen, in die Harnröhre eine auf ein Fünftel verdünnte Lugolsche Lösung zu injizieren und $^1/_2$—1 Minute in der Urethra zu belassen. Die Zervikalschleimhaut wird mit einem in die Lösung getauchten Wattetupfer ausgewischt, der $^1/_2$ Minute liegen gelassen wird. Schon am gleichen Tage stellt sich reichliche Sekretion ein. Die Provokation kann durch vorhergegangene Injektion von Arthigon oder Gonargin unterstützt werden. Noch größerer Sicherheit halber kann auch neben der örtlichen Provokation eine allgemeine mit spezifischen oder unspezifischen Mitteln erfolgen. Die Provokation darf nie vor 3 Wochen nach dem letzten positivem Befund und 2 Wochen nach dem Aussetzen der Behandlung, wegen der Gefahr des Wiederaufflammens des Prozesses, mit Gonokokkenvermehrung begonnen werden. F. Harry-Berlin.

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines, Anatomie.

Über Kloakenmißbildung, von H. F. Anders-Rostock. (Virch. Arch., Februar 1921, Bd. 229, H. 3, S. 531—560.) Bei einem Fötus mit kongenitaler Lues fehlt die Afteranlage und die äußeren Genitalien. An ihrer Stelle findet sich ein konischer Stumpf, in den ein mit Schleimhaut ausgekleideter Kanal blind endigt. Das Abdomen wird ausgefüllt von einem mannesfaustgroßen Sack, in den beide Ureteren und der Dickdarm einmünden. Dieser Sack ist als die erweiterte persistente Kloake aufzufassen. Beide Nieren sind zystisch degeneriert. Das Rektum fehlt. Es besteht nur eine Nabelarterie. F. Zimmern-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Die Universität Paris hat Dr. Edvard Ehlers in Kopenhagen das Ehrendoktorat verliehen.

Gestorben: Hofrat Dr. Ferdinand Pečirka, a. o. Professor der Dermatologie an der tschechischen Universität Prag, Polizeichefarzt und Vizepräsident des Landessanitätsrates. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. Februar 1922 | Nr. 7 | Band 74

Aus dem Krankenhause Graz-West (Abteilungsvorstand: Prof. Dr. Polland).

Ein Fall von Pityriasis amiantacea.

Von

Dr. Bruno Ludovici.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Bei der zu besprechenden Krankheit handelt es sich um eine sehr seltene exzessive Form der Seborrhoea sicca capitis, bei der es außer der bekannten kleienförmigen Schuppenbildung auch zur Abstoßung des ganzen Follikelausganges kommt, so zwar, daß derselbe als Manschette vom Haare in seinem Wachstume mitgenommen wird.

Wie P. G. Unna mitteilt, ist die erste Entdeckung der Pityriasis amiantacea in Aliberts zweitem in Extra-Großfolio publiziertem Atlas der Hautkrankheiten mit guter Abbildung im Jahre 1833 veröffentlicht und dann noch in der späteren kleinen Ausgabe (deutsche Übersetzung) erwähnt. Ein größeres Kapitel: Porrigine amiantacée findet sich auch in seiner „Monographie des dermatoses“ 1835. Gleichzeitig erschien 1829 in dem Buche „Teignes“ von Mahon jun. ein sehr ausführliches Kapitel über „Teigne amiantacée“, welches wohl das Eingehendste über diesen Punkt enthält, und verdient der Vergessenheit entrissen zu werden, dann aber wurde die Sache vollkommen vergessen. Nur bei Hebra sen. findet sich noch der Name und ein kurzer historischer Hinweis, bei Neumann eine kurze Andeutung und dann scheint durch Nichtbeachtung der Wiener Schule die ganze originelle Krankheit wie weggeblasen.

Infolge der schwierigen Verkehrsverhältnisse war es mir nicht möglich, die von P. G. Unna angegebenen Werke nachzusehen, weshalb ich mich auf obige Mitteilung beschränke.

Ich möchte zur Etymologie noch bemerken, daß die Bezeichnung von „ἀμίαντος“ (= unbefleckt) herrührt. Mit Amiant wird Bergflachs bezeichnet, der in feinen Fasern mit seidenartigem Glanze vorkommt. Die Krankengeschichte ist folgende:

Pat., 41 Jahre alt, gibt an, bis zum Jahre 1918 immer gesund gewesen zu sein, und schönes braunes schimmerndes Haupthaar bei trockenem reinem Haarboden gehabt zu haben. Im Sommer desselben Jahres sei plötzlich Jucken, besonders am Hinterkopfe, aufgetreten. Beim Nachsehen, ob nicht etwa Läuse die Ursache seien, habe man nur kleine aufgekratzte Bläschen am Kopfe bemerken können. Bald darauf sei starker Haarausfall, Schuppenbildung und Anlagerung kleiner weißer Röhrchen um die einzelnen Haare aufgetreten. Diese Anlagerungen, ähnlich den Läusenissen, seien mit den Haaren bis ungefähr zur halben Länge derselben mitgewachsen, und dann, scheinbar infolge Austrocknung, locker geworden und abgefallen.

Der Befund im Sommer 1920 war: Pat. trägt braunes, etwas glanzloses Kopfhaar in der Länge bis zur Schulter, das infolge seiner Feinheit den Eindruck der Schütterheit nicht stark hervortreten läßt. Haare, sowie Haarboden sind trocken und mit

Digitized by Google

kleinen gelblich weißen Schuppen in geringem Ausmaße bedeckt. Die Haare fast des ganzen Kopfes sind von asbestartigen, walzenförmigen, weißen, etwa 1 mm langen Hornröhrchen umgeben. Die meisten dieser Hornröhrchen befinden sich in Abständen bis zu 2 mm vom Haarboden entfernt, wo sie den Haaren auch fest anhaften. Mit größerer Entfernung von der Kopfhaut werden sie seltener und sind dort leichter verschieblich; über der halben Länge der Haare sind keine mehr zu finden. Am dichtesten tritt diese Erscheinung am Scheitel, Hinterkopf und über den Ohren auf. Der Follikelausgang des einzelnen Haares läßt das Zutagetreten der Hornröhrchen in seinen einzelnen Stadien deutlich erkennen. Sie erscheinen zuerst als kleine weiße, das Haar manschettenartig umgebende Prominenzen, die mit dem weiteren Wachstum des Haares ihren Zusammenhang mit dem Follikel verlieren, um dann als kompaktes Körperchen vom Haare in seinem Wachstume mitgenommen zu werden.

Der jetzige Befund ist etwas geändert, da seit einiger Zeit keine Nachschübe mehr aufgetreten sind. Die Hornröhrchen befinden sich jetzt in Abständen von etwa 10 cm vom Haarboden entfernt, sind leicht verschieblich und zum Teil schon abgefallen. Der Haarboden läßt zur Zeit nichts Pathologisches erkennen.

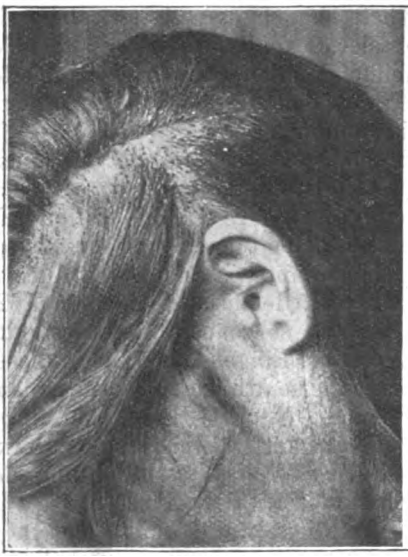


Abb. 1.

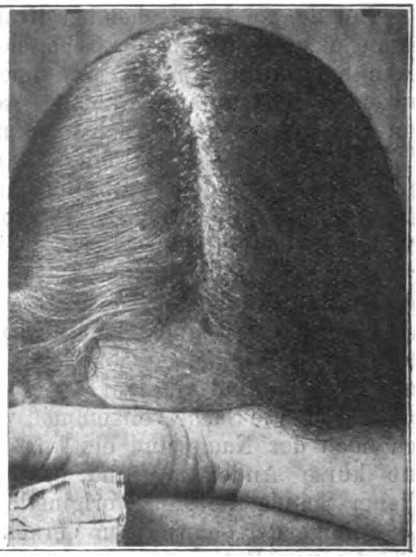


Abb. 2.

Differentialdiagnostisch kommt wohl vor allem die Pedikulosis in Betracht. Die Frau wurde ja auch mit der Diagnose „Pedikuli" zu uns geschickt. Es genügt aber schon eine geringe Vergrößerung, um zu erkennen, daß es sich hier nicht um Nisse von Läusen handelt, die ja dem Haare seitlich angeheftet sind und dasselbe nicht so wie hier gleichmäßig peripher umgeben.

Weiteres die Piedra nostras und columbica. Wie schon der Name andeutet, sind dies sehr harte Gebilde. Sie bestehen aus Pilzelementen von verschiedener Größe und Gestalt und sind mehr oder weniger bräunlich-gelb gefärbt.

Endlich käme noch die Psoriasis in Betracht. Doch wird man diese nicht am Kopfe allein und nicht in derart regelmäßiger Anordnung, wie hier, finden.

Digitized by Google

Die bakteriologische Untersuchung der Haare der Patientin, durchgeführt am Hygienischen Institut Prof. Dr. Prausnitz, ergab folgendes Resultat: Weder färberisch noch kulturell sind in dem Knoten der Haare Bakterien oder mykotische Elemente nachzuweisen. Die Knoten bestehen einzig und allein aus Massen verhornter Epithelzellen, die denselben Zusammenhang untereinander, wie an ihrer Ursprungsstelle, der Epidermis, erkennen lassen.

Nach Untersuchung des Herrn Prof. Rabl, Vorstand des histologischen Institutes der Universität in Graz, sind außer geringerer Ausbildung der Talgdrüsen keine pathologischen Erscheinungen festzustellen. Bemerkenswert ist jedoch die Anlagerung von keratohyalinhaltigen Hornzellen in die Follikeltrichter, welche hier auch blasenartig erweitert erscheinen. Die dem klinischen Bilde entsprechende geringere Fettproduktion scheint nun auch durch den histologischen Befund von „Talgdrüsen geringerer Ausbildung" Bestätigung zu finden in der Art, daß es dadurch zu einem zäheren Zusammenhalten der einzelnen, nicht voll entwickelten Hornzellen untereinander kommt, was als Vorstufe für die Manschettenbildung beim Austritte des Haares aus dem Follikel und weiterhin für die bekannte Knötchenbildung zu betrachten sein wird.

Unsere bisherige Therapie hat sich auf erweichende Salizylsalbenverbände mit nachfolgender Resorzin-β-Naphthol-Spiritus-Behandlung beschränkt und wird Patientin seit kurzer Zeit mit Quarzlicht behandelt.

Berichtigung der Darstellung von Schreus, betreffend meine Untersuchungen über Stomatitis mercurialis ulcerosa.

Von

Prof. Dr. Johan Almkvist in Stockholm.

In einer Arbeit mit dem Titel: „Ein Weg zur Verhütung und Behandlung der Stomatitis mercurialis", welche in dieser Wochenschrift, Bd. 73, Nr. 49, erschienen ist, gibt H. Th. Schreus an, daß „die Pathogenese der Stomatitis mercurialis und der dabei vor sich gehende chemische Prozeß durch die Arbeiten Almkvists" geklärt sind. Diese hohe Schätzung meiner Untersuchungen ist mir natürlich sehr angenehm und ich bin dem geehrten Verfasser außerordentlich dankbar, muß mir aber leider einige kleine Berichtigungen über die Darstellung meines Untersuchungsresultats, welche Schreus im zweiten Absatz seiner Arbeit gibt, gestatten.

Nach dieser Darstellung Schreus' sollte der durch bakterielle Zersetzung von Eiweiß aus Nahrungsresten gebildete H_2S sich mit dem Quecksilber des Speichels verbinden und das HgS dann ätzend und entzündungserregend auf die Schleimhaut einwirken. Niemals habe ich aber von einer Wirkung des quecksilberhaltigen Speichels gesprochen. Der Speichel spielt meiner Meinung nach — im Gegensatz zu den früheren

Digitized by Google

Ansichten — gar keine Rolle für das Entstehen der Stomatitis. Ich bin ja ganz der Ansicht von Merings, der gezeigt hat, daß man eine Stomatitis ohne Ptyalismus und Ptyalismus ohne Stomatitis haben kann (siehe meine Arbeit 1906, S. 851, 2. Absatz). Wie Schreus ferner sagen kann, daß ich eine ätzende und entzündungserregende Wirkung des HgS auf die Schleimhaut annehme, ist mir ganz unbegreiflich, und noch mehr seine Fortsetzung: „Im weiteren Verlauf dringt das HgS auch durch das Epithelgefüge hindurch bis zu den oberflächlichen Kapillarschlingen." So deutlich wie möglich beschreibe ich ja, wie das HgS primär im Innern der Gefäßendothelien niedergeschlagen wird[1]), und wie durch diese allmählich zunehmenden Niederschläge die Gefäßwand mehr oder weniger, sogar bis zu einem starren Rohr, imprägniert werden kann. Von HgS-Körnchen auf der Schleimhautoberfläche oder von deren Durchdringen durch das Epithelgefüge ist bei mir niemals die Rede gewesen. Dergleichen scheint mir vollkommen unmöglich. Der gasförmige H_2S (nicht das körnchenförmige HgS) dringt in das Schleimhautgewebe ein, wird, wie gelöste Stoffe im allgemeinen, zum großen Teil vom Blut resorbiert und gelangt deshalb durch die Gefäßwand in das Blut. Andrerseits geht in umgekehrter Richtung zusammen mit dem austretenden Blutplasma etwas Quecksilber in die Gewebsflüssigkeit über. Intrazellulär, in der Gefäßwand trifft dadurch der eindringende H_2S die austretende, im Blutplasma gelöste Quecksilberverbindung und infolgedessen entsteht intrazellulär in den Kapillarendothelien ein allmählich zunehmender Niederschlag von HgS. Auch in den Geweben außerhalb der Gefäße entstehen natürlich Niederschläge von HgS, weil Quecksilberverbindungen und H_2S auch hier zusammentreffen. Solche Niederschläge sieht man auch ab und zu längs den Saft- und Lymphspalten, jedoch verhältnismäßig selten. Dies ist auch sehr erklärlich, da ein großer Teil der in den Gewebsspalten niedergeschlagenen HgS-Körnchen mit dem Gewebssaftstrom und Lymphstrom weggespült wird.

Endlich habe ich nicht wie Schreus sagt, die Geschwüre als Folge der Ernährungsstörung bezeichnet, sondern die durch Gefäßwandlädierung verursachte Ernährungsstörung nur als Ursache der Gewebsnekrosen angegeben. Das Zerfallen des nekrotischen Gewebes dagegen ist eine Bakterienwirkung.

Um die Wirkung des Quecksilbers und die Wirkung der Bakterien in diesem Krankheitsprozeß voneinander klar darzustellen, habe ich 1920 eine Arbeit publiziert, welche im Arch. f. Derm., Bd. 127, S. 222: „Welche Rolle spielen Quecksilber und Bakterien in der Pathogenese der merkuriellen ulzerösen Stomatitis und Kolitis?" und in den Acta Dermato-Venereologica, Bd. 1, S. 312 in englischer Übersetzung erschienen ist. Eine kurze und schematische Übersicht dieser Arbeit könnte man in folgender Weise geben:

1. Die Bakterien, welche bei der merkuriellen ulzerösen Stomatitis und Kolitis tätig sind, sind keine spezifischen Bakterien, sondern Eiweißzersetzer verschiedener Arten.

[1]) Siehe meine Arbeit 1906, S. 834: „Die Ablagerung von gelben Körnchen in die Gefäßwand ist in der Zeitfolge das primäre.

Digitized by Google

2. Ihre Rolle erfüllen diese Bakterien in zweierlei Weise. Die eine besteht darin, daß sie durch ihre Zersetzungsprozesse lokale Schleimhauterosionen und eine lokale H_2S-Entwicklung hervorrufen, wodurch eine lokale H_2S-Resorption entsteht, welche zusammen mit dem Quecksilber des Gewebes lokale Gewebsnekrosen erzeugt. Die andere besteht darin, daß sie die entstandenen Gewebsnekrosen in faulige, fortschreitende Geschwüre umwandeln.

3. Die Rolle des Quecksilbers besteht darin, daß es durch Zusammenwirken mit dem lokal resorbierten H_2S-Gase intrazelluläre HgS-Niederschläge in den Endothelzellen der Kapillaren bildet, welche Niederschläge durch Schädigung dieser Zellen die Gewebssaftbildung hemmen und dadurch lokale Gewebsnekrosen hervorrufen. In diesem nekrotischen Gewebe finden die Bakterien einen guten Nährboden, vermehren sich hier massenhaft und erhalten eine erhöhte Virulenz, so daß sie gesundes Gewebe angreifen können. Das Endresultat der Quecksilberwirkung ist also eine kräftige Förderung der Entwicklung der eiweißzersetzenden Bakterien.

Was schließlich eine rationelle Behandlung und Prophylaxe dieser Veränderungen anbetrifft, so gehen diese aus meiner Arbeit 1916 hervor, in welcher ich die Zahnfleischtaschen die Krypten und Lakunen der Tonsillen und andere Schlupfwinkel als Ursprungsstellen dieses Krankheitsprozesses nachgewiesen habe. Desinfektion dieser Stellen ist deshalb das rationelle Behandlungsprinzip. Wie man diese Behandlung und Prophylaxe ausführt und ihr Resultat habe ich in einem Vortrag in der schwedischen Gesellschaft der Ärzte am 30. X. 1917 dargelegt. Das Resultat dieser Behandlung oder Prophylaxe hängt eigentlich davon ab, ob man eine wirkliche Desinfektion dieser Taschen erreichen, also die eiweißzersetzenden Bakterien an diesen Stellen vollständig töten kann oder nicht, was von verschiedenen Umständen, Zahnsteinbildung u. a., abhängt. Gelingt aber die Desinfektion gut, so ist die Bakterienwirkung ausgeschlossen, und da die nekrotisierende Quecksilberwirkung immer eine Kombinationswirkung mit Bakterien ist, so entstehen nunmehr keine Gewebsnekrosen. Sehr oft kann ich deshalb eine Quecksilberstomatitis ohne Aussetzen des Quecksilbers, nur durch Desinfektion der Ursprungsstellen heilen, und dann mit der Quecksilberkur lange fortsetzen. Die erwähnte Desinfektion, für welche ich mich der Methode MILLER-Nädels bediene, kann mit verschiedenen Desinfektionsmitteln durchgeführt werden. Für den von SCHREUS angegebenen Vorteil der früher in Schweden viel angewandten PFANNENSTILschen Methode bei dieser Behandlung muß ich SCHREUS einstehen lassen, wenigstens habe ich mit dieser oft geprüften Methode keine besseren Resultate erhalten als mit einfacher H_2O_2-Lösung, Höllensteinlösung, Jodspiritus oder konzentrierter Schwefelsäure + Äther.

Digitized by Google

Aus der Hautabteilung des Kathar.-Hospitals in Stuttgart.

Verhütung und Behandlung der Stomatitis mercurialis.

Von

Dr. med. Fr. Hammer in Stuttgart.

Der durch Almkvist klar auseinandergelegte Entstehungsvorgang der Stomatitis mercurialis ermöglicht auch eine ursächliche Behandlung, wie sie Schreus in Nr. 49 der Derm. W., 1921, ausgedacht hat (innerliche Darreichung von Jodnatrium bei örtlicher Anwendung von H_2O_2 nach Pfannenstiel), mit der man auch vorbeugend wirken kann. Der hohe Preis der Arzneimittel, die Notwendigkeit zu sparen zwingt uns aber nach Vereinfachung und Verbilligung der Behandlung zu streben. Eine solche fast kostenlos und äußerst rasch wirksame Behandlung üben wir auf meiner Abteilung seit vielen Jahren.

Da ich schon lange erkannt hatte, daß die Entzündung von den Zahnfleischtaschen ausgeht, suchte ich auch das Bekämpfungsmittel in diese hereinzubringen, und zwar mit Hilfe stärkerer, etwa 5 mm dicker Holzstäbchen, die durch schiefes Abschneiden mit einer starken Schere scharf zugespitzt und dann an der Spitze mit Watte umwickelt werden. Dieser Lanzenwischer wird in 10—20%iger Chromsäure getaucht und damit der Zersetzungsbrei aus den Zahnfleischhöhlen ausgeräumt. Man erstaunt immer wieder, wie ausgedehnt das Zahnfleisch oft abgehoben ist und welche Massen stinkenden Breies sich entfernen lassen. Man versteht auch leicht, daß alle Behandlung auf der Oberfläche der Schleimhaut nichts nützen kann, sondern im Gegenteil, die Schwellung vermehrt und dadurch die Taschen vertieft werden. Ein schönes Beispiel, daß eine erfolglose Behandlung fast immer schadet. Deshalb muß auch die Ausräumung der Taschen mit der Chromsäurelanze entschieden und vollständig geschehen. Ohne Schmerz geht es freilich nicht ab. Aber dieser Schmerz bei der Behandlung ist auch meist das einzige, was die faulen stumpfsinnigen Kranken zu tätiger Mithilfe bringen kann. Starke Blutung wirkt günstig.

Vorbeugend wird der Kranke angewiesen, dieselbe Reinigung der Zahnzwischenräume und Zahnfleischtaschen mit solchen Lanzen vorzunehmen, die mit einem ungiftigen Mittel (z. B. Mischung von Tinct. ratanh. u. Tinct. gallar.) getränkt sind.

Wir haben sehr selten Veranlassung gehabt, eine Inunktionskur zu unterbrechen.

Ganz dieselbe Stomatitis kommt auch öfter ohne Hg zustande, und wird, da die Zahnärzte meist keine Ahnung von dem Wesen dieser Erkrankung haben, oft lange erfolglos behandelt, da der Circulus ritiosus, der dem Vorgang zugrunde liegt, nicht an der richtigen Stelle durchbrochen wird. Auch die Plaut-Vincentsche Angina der Tonsillenhöhlen wird erfolgreich auf dieselbe Weise behandelt, besonders, wenn man gleich die Schlitzung der Lakune anschließt.

Die Tatsache, daß die Stomatitis mercurialis vorwiegend bei Inunktionen und nur sehr selten bei Injektionen auftritt, bringt die Überlegung nahe, daß das dampfförmige Hg bei der Einatmung unmittelbar auf die Schleimhaut des Mundes wirkt. Bettnachbarn von Einreibenden bekommen sehr leicht ebenfalls Stomatititis, nicht nur durch das eingeatmete Hg, sondern durch Infektion mit den zu starker Virulenz hochgezüchteten, vorher als Saprophyten in der Mundhöhle vorhandenen Bakterien. Dies gibt uns einen Einblick, wie außergewöhnliche kleine Endemien entstehen können. Eine ähnliche Zahnfleischentzündung habe ich übrigens auch einmal bei einem Laboratoriumsdiener als Folge der Einatmung von Schwefelwasserstoff gesehen.

Digitized by Google

(Fortsetzung des Inhalts von Seite II.)

Bücherbesprechungen.

L. Aschoff. O. v. Schjerning's Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg 1914 bis 1918. Bd. VIII, Pathologische Anatomie. S. 168.
Henriette Fürth. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als bevölkerungspolitisches, soziales, ethisches und gesetzgeberisches Problem. S. 168.

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat. a) Allgemeines, Anatomie. S. 169. b) Penis, Urethra, Blase. S. 170. c) Hoden, Samenbläschen, Prostata. S. 171. d) Nieren, Ureteren, Harn. S. 176.

Autorenregister.

(* bedeutet Originalartikel.)

*Adams 165.
*Almkvist 155.
*Andrews 168.
*Argaud 160.
*Aschoff 168.
*Barkins 171.
*Berblinger 172.
*Boeminghaus 170, 171.
*Cadenat 160.
*Camrda 168.
*Casper 176.
*Dangschat 172.
*Debeaster 160.
*Douglas 161.
*Duncan 166.
*Eberson 162.
*Ehrmann 159.
*Erickson 169.
*Farley 161.
*Fasani-Volarelli 169.
*Fleibiger 173.
*Finaish 169.
*Fleseh-Thebesius 172.
*Forst 170.
*Fox 163.
*Fraser 166.
*Fürth 168.
*Gardner 171.
*Gawalowski 168.
*Giese 176.
*Goeckermann 162.
*Goodman 167.
*Grauhan 170.
*Haberer 172.
*Haigh 164.
*Hammer 158.
*Haudek 170.
*Hodges 163.
*Hollander 164.
*Huhner 175.
*Ismardi 171.
*Jaffé 173.
*Janovský 167.
*Karewski 176.
*Keidel 165.
*Klauder 161.
*Knowles 161.
*Kyrie 174.
*Lambert 164.
*Lane 164.
*Leupold 173.
*Levyn 169.
*Linsenmeier 170.
*Ludovici 154.
*Mac Kee 165.
*Marchoux 160.
*Margolies 160.
*Marshall 163.
*Martin 160, 171.
*Mc Nair 162, 164, 166.
*Mendel 173.
*Michelson 166.
*Montpellier 160.
*Moore 164, 165.
*Mühsam 173.
*Narr 164.
*Nissle 176.
*Nosli 160.
*O'Donovan 166.
*Parker 164.
*Pflaumer 176.
*Remels 169.
*Richter 176.
*Riese 169.
*Roberts 166.
*Rohleder 173.
*Rörig 176.
*Schlagintweit 176.
*Schminke 170.
*Scholl 163.
*Schönfeld 171.
*Sgalitzer 171.
*Simmonds 173.
*Siperstein 166.
*Sternberg 172.
*Stokes 163.
*Strachstein 171.
*Strickler 166.
*Tiedje 173.
*Vogel 176.
*Volkmann 175.
*Weidmann 160, 161.
*Witting 170.
*Wile 163.
*Zimmermann 164.
*Zigler 172.

Hexal

das unübertroffene Hexamethylentetraminpräparat in Originalröhrchen mit 10 und 20 Tabletten zu je 0,5 g

Ausführliche Literatur und Versuchsmengen kostenlos

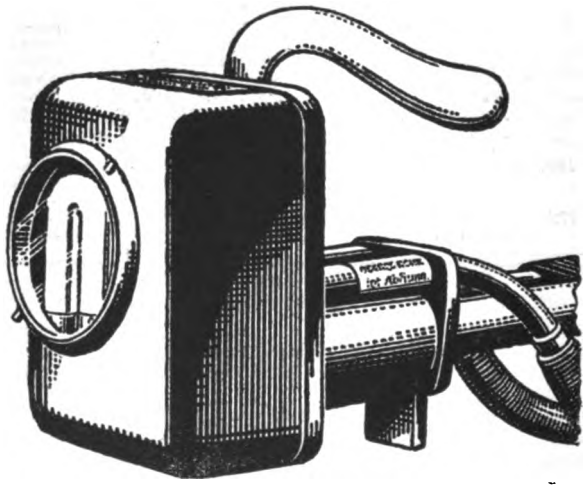
J. D. RIEDEL A.-G. BERLIN

Digitized by Google

Prof. Kromayers

Quarzlampe

(Kromayerlampe-Original Hanau)



für die Dermatologie laut 12jährigem Urteil unentbehrlich.

Verlangen Sie den neuen Hauptprospekt, soeben erschienen (Ausgabe August 1921)!

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau,
Postfach 459

Digitized by Google

Die Cyarsal-Neosalvarsan-Blutmischspritze.

Von

Dr. Oskar Ehrmann in Mannheim.

Das Ideal einer Quecksilber-Neosalvarsanmischung bzw. einer Quecksilber-Salvarsan-Blutmischung ist ein lösliches Quecksilberpräparat, welches weder in der Einfachmischung mit Salvarsan noch in der Doppelmischung mit Neosalvarsan und Blut Farbtonänderung und Trübung macht (Niederschlag), wie es bei Neosalvarsanmischung mit Blut allein, und bei Mischung von Cyarsallösung mit Neosalvarsanlösung allein ohne Blut der Fall ist (s. w. unten).

Daß verschiedene lösliche Quecksilberpräparate wie Sublimat (Linser), Novasurol (Brück), Embarin (Herbeck) schon mit Neosalvarsan allein mehr oder weniger schwere in Farbton und Trübung sichtbare Zersetzungen machen (die in größerer Menge schwer toxisch wirken nach Arbeiten aus dem Georg-Speyer-Haus und Veröffentlichungen in der chemischen Fachpresse), ist sattsam bekannt, ebenso daß das Riedelsche Cyarsal dies mit Neosalvarsan allein nicht oder kaum macht. Nach Heymann und Fabian tritt nur leicht grünliches Opaleszieren ein (Derm. W., 1921, H. 46).

Ich wies schon vor 2—3 Monaten in der Vereinigung Mannheimer Dermatologen darauf hin, daß im Gegensatz zum Neosalvarsan-Blutgemisch dessen leuchtend tiefdunkelroter Ton im Neosalvarsan-Cyarsal-Blutgemisch sofort stumpf (matt) und grünlichbraun wird, beim Ansaugen von Blut in die Mischspritze; ebenso anfangs November dem Vertreter von Riedel gegenüber, der erklärte, daß der Firma und in der Literatur dies nicht bekannt sei. Am 19. November erklärte sich die Firma auf meinen Hinweis hin bereit, „die übermittelte Frage nach der Ursache des Unterschiedes in der Wirkung der Cyarsalmischspritze und der Neosalvarsanspritze auf das angesaugte Blut gern einer Prüfung unterziehen und mich seiner Zeit von dem Ergebnis in Kenntnis setzen zu wollen."

Bald darauf bekam ich den gerade erschienenen Aufsatz von Heymann und Fabian, „Das Cyarsal in der Mischspritze", Derm. W., 1921, Nr. 46, zu Gesicht und las den Satz: „Ist das Blut in die Spritze eingedrungen, so bemerkt man eine dunkelbraune Verfärbung der Mischung: Blut, Neosalvarsan, Cyarsal. Diese Reaktion beweist das Auftreten einer neuen Verbindung, und gerade dadurch das Wirksamwerden des Quecksilbers im Blute."

Ob diese letztere Deutung die allein mögliche oder richtige ist oder eine gegenteilige, wird das Resultat weiterer chemisch-biologischer (auch ultramikroskopischer) Untersuchungen ja ergeben müssen.

Etwas geringere Vorbehalte scheint Lenzmanns Methode der zweizeitigen Cyarsal- und Neosalvarsanspritze in ein und dieselbe Nadel (nacheinander) zu verlangen. Prof. Lenzmann-Duisburg, Riedel-Archiv, 1921, Nr. 3, hält Cyarsal (allein) für intravenöse Injektion geeignet ohne Schädigung der Venenwand im Gegensatz zu früheren löslichen Quecksilbersalzen (Sublimat usw.). Er spricht von „unsicheren chemischen Verbindungen", die Sublimat, Novasurol, Embarin in der Mischspritze eingehen, und ist für Mischspritze (Cyarsal) nur, wenn keine Niederschläge und keine Verfärbung eintritt, mit Rücksicht auf Bequemlichkeit. Die Veränderung in Farbton und Trübungsgrad der „Blutmischspritze" ist da nicht mit erwähnt. Ob diese nicht auch auf „unsicheren chemischen Verbindungen" beruhen? Jedenfalls ist es ein Unterschied, ob das Cyarsal-Neosalvarsan plötzlich in der Zehngrammspritze konzentriert mit einem oder wenigen Kubikzentimetern Blut sich verbindet und eventuell so sich rasch verändert, oder ob ohne Blutansaugen das Gemisch langsam kubikzentimeterweise der Gesamtblutmasse intravenös zugeführt wird (also stark verdünnt), oder nach Lenzmann beide Komponenten nacheinander.

Heymann und Fabian (s. oben) betonen, daß, obwohl die Mischung von Cyarsal und Neosalvarsan zunächst klar bleibt, Oelze doch ultramikroskopisch auch schon ohne Blutzutritt das sofortige Auftreten „unlöslicher" (zu metallischem Hg führender) Verbindungen festgestellt habe.

Derartige Untersuchungen der Cyarsal-Neosalvarsan-Blutmischung über den Charakter solcher unlöslichen Verbindungen und ihren Einfluß auf den Wirkungsgrad der Komponenten Hg und Salvarsan scheinen mir recht wünschenswert zu sein.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.

1921, Bd. 6, Nr. 2.

Eine neue Krankheit mit Hauterscheinungen, die durch einen säurefesten Bazillus hervorgerufen worden ist (Une nouvelle maladie à manifestations cutanées causée par un bazille acido-résistant), von E. Marchoux-Paris. S. 385—390. Der Verf. beschreibt bei einem jungen Manne aus Haiti eine Affektion, die leicht mit Tuberkulose und Lepra verwechselt werden kann und die hervorgerufen wurde durch einen säurefesten Bazillus, den der Verf. „Mycobacterium pulvi forme" nennt. Die Erkrankung, welche die Haut und Schleimhäute befällt und dort Ulzerationen setzt, ähnelt mehr der Lepra als der Tuberkulose. Außer in der Haut und Schleimhaut konnte der Bazillus bei der Autopsie in den Drüsen, Milz und Leber nachgewiesen werden. Der Bazillus ist kurz und fein und ist in kleinen Haufen angeordnet.

Über einen myeloischen Tumor der Haut des Nasenflügels mit Megakaryozyten (Sur une tumeur myelodermique à megacaryocytes [Megacaryocytome] de l'aile du nez), von Argand und J. Montpellier. S. 391—395. Verf. berichtet über eine 71jähr. Frau mit epitheliomartigen Neubildungen im Gesicht, die seit 10 Jahren bestanden. Nach Röntgenbestrahlung gehen die Gebilde zurück bis auf eins, das zunächst linsengroß, nicht ulceriert, nicht schuppend, blaßrot, in etwa 3 Monaten die Größe einer Kirsche erreicht. Keine Drüsenschwellung. Allgemeinzustand gut. Der gestielt aufsitzende Tumor wird entfernt. Die histologische Untersuchung ergibt verschiedenartige Zellen: Myeolozyten, Langhanssche Riesenzellen, Plasmazellen sowie zahlreiche in Kernteilung begriffene Zellen und vielkernige sternförmige Zellen (Megakaryozyten).

Menstruation und Fruchtbarkeit bei Leprösen (Menstruation et fécondité dans la lèpre), von P. Noël. S. 396—400. Bei 167 leprösen Frauen war die Menstruation bis auf geringe Ausnahmen nicht verändert, ebensowenig schien die Fruchtbarkeit herabgesetzt zu sein. Die Sterblichkeit der Kinder war hoch.

Ein Fall von Rhinosklerom in Marokko (Un cas de rhinosclérome au Maroc), von M. Dekester und E. Martin. S. 401—404. Beschreibung eines Falles dieser bisher in Marokko noch nicht beobachteten Erkrankung. Zwei Photographien. Trotz negativer WR 3.9 g Neosalvarsan ohne Erfolg.

Über das Fehlen eines oder der beiden oberen lateralen Schneidezähne als Zeichen hereditärer Syphilis (Sur l'agénésie d'une ou des deux incisives latérales supérieures comme signe d'hérédo-syphilis), von Cadenat-Toulouse. S. 405—409. Nach Ansicht des Verf. ist das Fehlen der lateralen oberen Schneidezähne ein wichtiges Symptom der hereditären Syphilis. In allen derartigen Fällen muß man nach anderen Merkmalen der hereditären Syphilis suchen. Man tut jedoch gut, sich durch eine Röntgenaufnahme zu versichern, daß wirklich der Zahnkeim fehlt und nicht eine atypische Lagerung usw. besteht.

W. Patzschke-Hamburg.

Archives of Dermatology and Syphilology.

Juni 1921, Bd. 3, H. 6.

Statistische und histologische Studien über die Fordycesche Krankheit (Statistical and Histologic Studies of Fordyce's Disease), von A. Margolies und F. Weidmann-Philadelphia. S. 723—742. Die im Jahre 1896 von Fordyce als eigenartiges Leiden der Lippen- und Mundschleimhaut beschriebene Krankheit besteht in der Anwesenheit von gelblichen Flecken, die sich in wechselnder Zahl an der Lippen- und Mundschleimhaut befinden. Vom Pubertätsalter an werden sie am häufigsten angetroffen; Die Geschlechter sind in fast gleicher Häufigkeit beteiligt. Zuerst hat sie Audry (1899) richtig erkannt, indem er die Krankheit als ein Überbleibsel der Embryonalzeit deutete. die Verfasser erbringen den Nachweis: 1. daß, wo Fordycesche Flecken vorhanden, auch Talgdrüsen nachweisbar sind; 2. daß nur wo diese sich finden, die F.sche Krankheit auftritt; 3. daß, was klinisch als Fleck gesehen wird, die Drüse selber ist. Die ziemlich häufig angetroffene Abnormität ist also kein Leiden im strengeren Sinne. Zum Schluß

Digitized by Google

wird noch darauf hingewiesen, daß schon längst vor Fordyces Entdeckung von deutschen Histologen Talgdrüsen in der Lippenschleimhaut beobachtet seien, daß aber Fordyce das Verdienst zukomme, eine in Vergessenheit geratene wissenschaftliche Beobachtung ans klinische Licht gebracht zu haben.

Blastomykoseartige Körperchen in einem sarkomähnlichen Tumor am Bein (Blastomycetoid Bodies in a Sarcoma-like Tumor of the Leg), von F. D. Weidmann und H. R. Douglas-Philadelphia. S. 743—752. Eine 23jährige Frau hatte vor 4 Jahren ein „Mal" am unteren Teil der Wade bemerkt. Es blieb 6 Monate unverändert, dann wuchs es in den nächsten 9 Monaten mit großer Schnelligkeit und erreichte die Größe einer kleinen Zitrone. Es war nicht schmerzhaft gewesen, hatte niemals geeitert, war niemals geschwürig gewesen, hatte glatte Oberfläche, blaurote Färbung und war gut abgegrenzt. Die Patientin hatte ferner eine Geschwulst an ihrer rechten Brust von der Größe einer Kokosnuß, die mehrere Jahre vor dem Beinleiden sich zu entwickeln begonnen hatte und geschwürig geworden war, lange bevor das „Mal" in Erscheinung trat. Die Vergrößerung der Brust war vor der Schwangerschaft aufgetreten. Die Operationsnarbe am Bein ist völlig verheilt, und die Brust zeigt jetzt keine offenen Stellen. Sie fühlt sich gleichmäßig gelappt an wie eine vergrößerte Brustdrüse und läßt in keiner Weise an granulomatöse Beschaffenheit denken, vereinzelte alte Narben an der Oberfläche. Wassermann negativ; Durchleuchtung der Brust: keine Tuberkulose. Die histologische Untersuchung der Beingeschwulst ergab gefäßhaltiges Granulationsgewebe, tuberkelähnliche Granulombildung und blastomyzesähnliche Körper, keine Myzelien. Elastische Fasern, die gefunden wurden, hatten Fremdkörper-Riesenzellenwucherung hervorgerufen wie in den bekannten Fällen von Blastomykose.

Impetigo contagiosa. Kultur-Ergebnisse von 30 Fällen mit besonderem Nachweis der Art der isolierten Streptokokken (Results of Cultures Made of Thirty-Cases with Special Reference to the Character of Streptococci Isolated), von D. L. Farley und F. Cr. Knowles-Philadelphia. S. 753—758. In Übereinstimmung mit den Befunden der früheren Autoren wird die Impetigo hervorgerufen durch Streptokokken, und zwar wenigstens durch vier verschiedene Stämme: Streptococcus pyogenes, Streptococcus anginosus, Streptococcus subacidus, Streptococcus facialis. Vergesellschaftete Organismen, wie Staphylokokken, Pseudodiphtheriebazillen usw., sind entweder auf äußerliche Verunreinigungen oder sekundäre Einwanderung zurückzuführen. Aus dem klinischen Bilde der Stelle (Blasen-, Krusten-, Ekthyma-Form) läßt sich auf die Art der Streptokokken kein vorhersagender Schluß machen.

Die Lebensfähigkeit von Trichophytiepilzen in trockenem Hautmaterial (The Viability of Ringworm Fungi in Dry Cutaneous Material), von D. L. Farley-Philadelphia. S. 759—760. Reste von Abkratzungen, Krusten, Haaren u. dgl., die für künftigen Laboratoriumgebrauch getrocknet in Briefumschlägen sorgfältig aufbewahrt waren, wurden kulturell untersucht. Die Ergebnisse würden eine ungefähre Vorstellung gestatten, wie lange Zeit das Material unter gewöhnlichen Verhältnissen ansteckungsfähig bleiben würde. Z. B. ergab Material von Kopftrichophytie 424 Tage alt, von Epidermophyton inguinale 433 Tage alt, von Nageltrichophytie 418 Tage alt, ein positives Kulturergebnis.

Syphilitischer Rückenschmerz, ein Zeichen von syphilitischer Erkrankung des Rückenmarks, der Lendenmuskeln und der Wirbel mit Beschreibung von Fällen (Syphilitic Backache, a Symptom of Syphilis of the Spinal Cord, Lumbar Muscles and Vertebrae with Report of Cases), von J. V. Klauder-Philadelphia. S. 761—774. Syphilitischer Rückenschmerz ist in der Mehrzahl der Fälle ein Symptom der Rückenmarkssyphilis. Hier ist er meningealen Ursprungs, und zwar eine Reizung der hinteren sensiblen Wurzeln. Dieselbe kann akut, subakut oder chronisch und in der Zeit von der Eruptionsperiode bis einige Jahre darauf vorhanden sein. Die Symptome sind im allgemeinen die gleichen wie bei anderen Formen der Meningitis. Serologischer Befund der Spinalflüssigkeit ist positiv. Rückenschmerz bei Syphilis der Lendenmuskeln ist zuweilen im akuten Sekundärstadium vorhanden und als eine toxische Erscheinung infolge der akuten Spirochätenüberschwemmung aufzufassen. Syphilitische Wirbelerkrankung wird gewöhnlich an den Halswirbeln, weniger in der Lendengegend beobachtet. Die Syphilis befällt wahrscheinlich mehr die Dorn- und Querfortsätze als die Wirbelkörper. Kalten Abszessen begegnet man im Gegensatz zur Tuberkulose erheblich seltener, desgleichen einer nachträglichen Erkrankung des Rückenmarks und seiner Häute; sonst sind die pathologischen Befunde schwer zu unterscheiden. Aber die Syphilis kann die schlummernde Tuberkulose aktiv machen; an diese Möglichkeit muß

Digitized by Google

bei Feststellung einer Wirbelsyphilis gedacht werden. Durch die Therapie läßt sich in diesen Fällen keine Entscheidung fällen, da tuberkulöse Erkrankung bei einem Syphilitiker sich nach einer antisyphilitischen Behandlung bessern kann. Endlich kann Rückenschmerz auch durch ziemlich früh auftretende Gelenkerkrankung verursacht werden, was die gewöhnlichste Art der Syphilis der Wirbelsäule ist. Aufführung der charakteristischen Symptome.

Immunitätsstudien bei experimenteller Syphilis. Ansteckungsfähigkeit und Fortleben von Spirochaeta pallida bei Kaninchen mit Beobachtungen an einigen von latenter Syphilis herrührenden Stämmen (Immunity Studies in Experimental Syphilis. Infectivity and Survival of Spirochaeta Pallida in Rabbits, with Observations on some Strains from Latent Syphilis), von F. Ebbrson-St. Louis. S. 775—787. Zu den Versuchen hat Verf. 7 Spirochätenstämme benutzt, von denen 3 aus den Leistendrüsen, 2 aus dem Samen von Patienten mit Lues latens, 2 aus frischem Penisschanker isoliert wurden. Versuchstiere waren mittelgroße junge Kaninchen. Die Ansteckungsfähigkeit der aus alten Stellen stammenden Spirochäten wurde nicht verringert durch verlängerten Aufenthalt auf dem Übertragungsherd. Es schien auch keine Beziehung zu bestehen zwischen der Inkubationszeit einerseits und dem Alter der Ursprungsstelle andererseits. Die Fortdauer der Spirochäten war bemerkenswerten Abweichungen unterworfen. Ihre Festigkeit an Kaninchenhoden stand nicht in Beziehung zu der Entwicklungszeit, zu dem Alter der Ursprungsstelle oder zu der Zahl der Tierpassagen von den verschiedenen Forschungsstämmen. Noch nicht abgeschlossene Beobachtungen zeigen, daß sie länger als 5 Monate nachgewiesen werden können. Der Spirochätengehalt der Hodenherde war nicht abhängig von dem Alter der Entnahmestelle und der Fortdauer innerhalb des Ansteckungsherdes. Es konnten keine Unterschiede gefunden werden zwischen verschiedenen „Abkömmlingsstämmen", einerseits solchen, die von einer Tierreihe gewonnen waren, die Überträger von frisch entstandenen Herden waren, andererseits einer Reihe, die von Serien und alten Rezidiven stammten. Wenn schon die syphilitischen Erscheinungen am Kaninchenhoden einen weiten Spielraum in ihrem periodischen Wechsel aufweisen können, so mögen doch gewisse außenstehende Bildungen mit bestimmten Spirochätenstämmen im Zusammenhang stehen. Nämlich ein chronischer „proliferierender" Reaktionstyp war charakteristisch bei Übertragung von Ursprungsstellen mit latenter Syphilis. Indessen gab dieser Typ keinen Hinweis auf das Schicksal der Spirochäten in solchen Herden. Auf Bildung von syphilitischen Antikörpern, die äußerst langen Verlauf zu nehmen scheint, führt der Verf. die Tatsachen zurück, daß an den Kaninchenhoden Latenzerscheinungen auftraten. Trotz des Fehlens irgend welcher Veränderungen konnten noch nach langer Zeit Spirochäten nachgewiesen werden. Und geimpfte Hoden, die unbestimmte Zeit lang negativ bleiben, nichts aufwiesen, auch im Punktat sich negativ zeigten, erwiesen sich doch als spirochätenhaltig, indem sie infektionsfähig waren. Diese Latenzeigenschaften zu bedingen, scheinen besonders solche Stämme, die aus latenten Quellen, sei es vom Menschen, sei es vom Kaninchen, stammen.

Gehört Lupus erythematosus discoides chronicus zur Tuberkulose? (Is Lupus Erythematosus Discoides Chronicus Due to Tuberculosis?), von W. H. Goeckermann-Rochester, Minn. S. 788—801. Verf. weist an einem großen Vergleichsmaterial nach, daß 1. das Vorkommen von klinischer Tuberkulose bei Hautleiden, die anerkanntermaßen nicht tuberkulösen Ursprungs sind, annähernd so hoch ist wie beim Lupus erythematosus disc. chron.; 2. klinische Tuberkulose bei Dermatosen wie Erythema multiforme und Erythema nodosum — die in einigen Fällen anscheinend tuberkulösen Ursprungs sind, nicht häufiger vorkommt als beim Lupus erythematosus disc. chron.; 3. die Häufigkeit von klinischer Tuberkulose bei Kranken mit bekannten Tuberkuliden einen auffallenden Gegensatz bildet im Vergleich mit der Häufigkeit von klinischer Tuberkulose, die beim Lupus erythematosus disc. chron. beobachtet wird. Dieser Gegensatz ist so groß, daß die Ansicht annehmbar erscheint, der Lupus erythematosus disc. chron. habe nicht den gleichen pathologischen Ursprung wie die Tuberkulide; 4. der tuberkulöse Ursprung des Lupus erythematosus disc. chron. ist durch kein Experiment erwiesen. Klinische Beobachtungen einschließlich der vorliegenden statistischen Arbeit, scheinen dafür zu sprechen, daß verschiedenartige ätiologische Faktoren beteiligt sind.

Ein Beitrag zur Chemotherapie der Rhus-Dermatitis und versuchsweise Behandlungsmethode (A Contribution to the Chemotherapy of Rhus-Dermatitis and Tentative Method for Treatment), von J. B. Mc Nair-Washington. S. 802—808. Rhus-Dermatitis wird hervorgerufen durch Rhus diversiloba (Rhus toxicodendron ist der bei uns

Digitized by Google

bekannte Giftsumach. D. Ref.). Rhus-Dermatitis kann nach Art der Verbrennungen in drei Stärkegrade folgendermaßen eingeteilt werden: 1. Stadium: Hyperämie oder Erythem. Die Haut hat eine leuchtend rote oder purpurne Farbe, die bei Fingerdruck vorübergehend verschwindet und allmählich in die gewöhnliche Farbe der Umgebung übergeht. Vorübergehend ist die entzündliche Stelle geschwollen und spärliches Serum absondernd. Die oberflächlichen Schichten der Haut stoßen sich gewöhnlich später ab. 2. Stadium: Verstärktes 1. Stadium. Blasenbildung nach einigen Stunden. Dauernde Narben bleiben nach der Heilung in diesem Stadium der Entzündung nicht zurück, doch kann sich eine Zeitlang eine leichte Einsenkung oder dunkle Pigmentation zeigen. Infektion kann oberflächliche Eiterung herbeiführen und dadurch die Wiederherstellung verzögern. 3. Stadium: Zerstörung der Kutis. Kommt selten vor und hinterläßt dann dauernde Narben.

E. Ahrens-Hamburg.

Juli 1921, Bd. 4. Nr. 1.

Nagelpilzerkrankung (Ringworm of the Nails), von Robert S. Hodges. S. 1—26. Im Süden der Vereinigten Staaten sind Nagelpilzerkrankungen häufiger, als allgemein angenommen. Auf etwa 500 Einwohner kommt ein Krankheitsfall. In 12 untersuchten Fällen waren 3 verschiedene Trichophyton ektothrix Spezies die Erreger, die vorläufig als Trichoph. „A", „B" (großsporig) und „C" (kleinsporig) bezeichnet werden. Tr. „A" wächst auf Sabourauds Maltoseagar in weißen Kulturen mit leicht rötlichem Schimmer. Tr. „B" in ausgesprochen weißen Kolonien, die allmählich einen gelben Ton annehmen, Tr. „C" (gypseum) zeigt schnell wachsende weiße Kolonien, die später Cremefarbe bekommen. In einem Falle konnte derselbe Pilz, der die Nagelveränderungen hervorrief in gleichzeitig bestehendem Hautgrind gefunden werden. Die erfolgreiche Behandlung der Nagelaffektion bestand in häufigem Abschaben der Nägel nach Auftupfen von 10%iger Kalilauge und Anwendung der Whitfieldschen Salbe: Acid. benzoic. 4,0, Acid. salicyl. 2,0, Vaseline 30,0.

Beobachtungen aus der medizinischen Photographie (Observations on Medical Photography), von Howard Fox-New York. S. 27—36. Verf. beleuchtet die Schwierigkeiten, die einer guten Aufnahme von Krankheitsbildern der Haut entgegenstehen und gibt einige technische Ratschläge ohne Neues zu bringen.

Viszerale Syphilis der Lunge (Visceral Syphilis), von Udo J. Wile und Clement H. Marshall-Arbor, Mich. S. 37—49. Seit dem 16. Jahrhundert werden Fälle von Lungensyphilis berichtet. Virchows Beschreibung der „weißen Pneumonie" ist noch heute die klassische Monographie über diesen Gegenstand. Die Zahl der beschriebenen Fälle wuchs allmählich enorm an, bis nach Kochs Arbeiten viele Lungenerkrankungen als tuberkulös erwiesen werden konnten. Seitdem sind Fälle von Lungensyphilis selten beschrieben worden. Die Unterscheidung der syphilitischen von der tuberkulösen Lungenerkrankung ist außerordentlich schwer. Nur in einem Falle ist die Syphilis mit ziemlicher Sicherheit zu erkennen, wenn nämlich die Lungenerkrankung mit manifester Syphilis in anderen Organen einhergeht und durch die antisyphilitische Kur zum Rückgang gebracht wird. Etwa 50 derartige Fälle finden sich in der Literatur der letzten 20 Jahre. Das Studium dieser, sowie 3 eigene beobachtete Fälle, die näher beschrieben werden, zeigen, daß erworbene Lungensyphilis in 3 Formen vorkommt: Als isolierte Gummen, als diffuse Fibrosis und wahrscheinlich als Bronchopneumonie. Die chronische fibröse Entzündung ist die häufigste. Syphilitische Pleuritis kommt gelegentlich auch ohne Affektion der Lunge vor. Die Symptome zeigen nichts charakteristisches für Syphilis. Die Prognose ist bei Gummen und frühen Stadien der fibrösen Fälle günstig, in den anderen ist durch die Behandlung wesentliche Besserung zu erwarten.

Ein Fall von wahrscheinlichem Paraffinöltumor (A Case of Probable Paraffin-oil Tumor), von John H. Stokes und A. J. Scholl-Rochester, Minn. Da während der Influenzaepidemie der letzten Jahre viel verdorbenes Kampfer-(paraffin-)Öl zur Anwendung gelangt sein wird, können häufiger Paraffinöltumoren zur Beobachtung kommen, deren schwierige histologische und klinische Diagnose leicht zu Irrtümern Anlaß gibt. Mook und Wander haben im Amerikanischen Archiv, März 1920 Paraffinöltumoren beschrieben. Ein ähnlicher Fall am Oberarm, der histologisch mit Tuberkulose verwechselt werden konnte, liegt hier vor. Im mikroskopischen Präparat konnte das Öl in Vakuolen nachgewiesen werden. Die Injektionen liegen 18 Monate zurück. Der Tumor entwickelte sich erst im Anschluß an eine pyogene Infektion an der Hand. Tuberkulose war an der Infektionspforte nicht zu erkennen. Die Behandlung bestand in feuchten Verbänden, Exzision, Transplantation. Das Resultat war befriedigend.

Digitized by Google

Die Entstehung der Neurosyphilis (The Genesis of Neurosyphilis), von Joseph Earle Moore-Baltimore. S. 55—61. Neurosyphilis pflegt sich bei 20—35% aller Fälle in den ersten Monaten der Infektion einzustellen, falls man die Zerebrospinalflüssigkeit als Indikator der Erkrankung ansehen will. Der Chorioidealplexus bildet im allgemeinen einen Schutz gegen die Infektion. Auch scheinen für Neurosyphilis zur Hauptsache spezifische Erregerstämme in Frage zu kommen. Die antisyphilitische Behandlung hat den Effekt, die pathologische Veränderung der Spinalflüssigkeit in der Hälfte der Fälle zu beseitigen. Andererseits treten nicht in allen positiven Fällen auch neurosyphilitische Manifestationen auf. Bisher wurde meistens angenommen, daß einmaliger negativer Ausfall der Liquoruntersuchung genüge. Bei Nachprüfung in 54 Fällen zeigte sich, daß bei 2 Fällen ein Umschlag eingetreten war. In einem Falle war die Infektion des Zentralnervensystems von einer gummösen Periostitis der inneren Schädeldecke ausgegangen, im anderen fiel sie zusammen mit dem Ausbruch neuer Sekundärerscheinungen und positivem Wassermann des Blutes nach Unterbrechung der Behandlung. Daher sollte beim Wiederauftreten sekundärer Erscheinungen und Wiederkehr eines positiven Blutwassermannes, was einer neuen Ausbreitung der Erkrankung im Körper gleichkommt, auch die Zerebrospinalflüssigkeit neu untersucht werden.

Innere Vergiftung durch Sumachblätter (Internal Poisoning from Rhus), von James B. McNair-Washington. S. 62—66. Dermatologisch nicht von Interesse.

Die Sachs-Georgische Reaktion auf Syphilis (The Sachs-Georgi Test for Syphilis), von Frederic Parker und Angelica V. R. Haigh-New York. S. 67—74. Es wurde im allgemeinen die Originalmethode angewendet mit der nach den Anregungen von Neukirch getroffenen Änderung, daß die Röhrchen 20 Stunden bei 37,5° im Brutschrank blieben und dann 20 Stunden bei 14—18° C im Zimmer oder im Eisschrank. Abgelesen wurde mit bloßem Auge. Die Reaktion stimmte mit dem Wassermann in 93,07% bei 520 Untersuchungen überein. Nach beschriebener Methode ausgeführt, gibt der Sachs-Georgi keine unspezifischen Reaktionen.

Vergleichende Studie über Syphilis bei Weißen und Negern (A Comparative Study of Syphilis in Whites and in Negroes), von Ernst L. Zimmermann-Baltimore. Zwischen dem Verlauf der Syphilis bei Weißen und Negern bestehen erhebliche Unterschiede, die sich auf alle Stadien der Erkrankung erstrecken. Der Hauptunterschied besteht in dem stärkeren Befallensein von Haut und Knochen bei Negern und der häufigen Neurosyphilis bei Weißen. Im einzelnen ist bei Negern extragenitale Infektion seltener, das Infektionsalter früher als bei Weißen. Im sekundären Stadium findet man beim Neger besonders oft annuläre papulöse Syphilide, im tertiären Stadium Knochensyphilis. Relativ häufig beobachtet man ferner bei Negern kardiovaskuläre Syphilis, Rektumstrikturen, Elephantiasis vulvae, selten dagegen Leukoplakie, Tabes und Paralyse.

E. Muchow-Hamburg.

2. August 1921, Bd. 4, H. 2.

Subakuter bösartiger Pemphigus mit ausgedehnten Blasen (Subacute Malignant Pemphigus with Extensive Bullae [Pemphigus subaigu malin à bulles extensives Brocq]), von J. E. Lane und R. A. Lambert-New Haven, Conn. Brocq beschreibt als subakuten Pemphigus einen Symptomenkomplex, der unter dem Bilde einer schweren Infektion ohne hohe Temperaturen, aber mit deutlicher Hinfälligkeit verläuft und latent endigt. Die Verff. schildern einen Fall (eine 69jährige Witwe, Italienerin von Geburt), der nach ihrer Meinung zu dieser Sondergruppe von Pemphigus gehört. Befallen waren hauptsächlich Nacken, Brust und Rücken, und, wie die Leichenöffnung zeigte, der Respirationstraktus bis hinab zu den Bronchien, der Mund war frei geblieben, wahrscheinlich, wie die Verff. erklären, infolge des Fehlens der Zähne. Ausführliche Mitteilung des histologischen Befundes, der ohne Besonderheiten war.

Syphilis und Tuberkulose (Syphilis and Tuberculosis), von L. Hollander und F. C. Narr-Pittsburg. Es wird ausführlich die Krankengeschichte eines 48jährigen, tuberkulös behafteten Farbigen wiedergegeben, der wegen mächtiger tertiär-syphilitischer Geschwüre (Lymphknotengumma) an beiden Halsseiten in Behandlung kam. Gleichzeitig bestand starkes Ödem, besonders am Unterkörper (Urin war eiweißhaltig) und wurde Mediastinal-Drüsenschwellung nachgewiesen, die zunächst als syphilitisch gedeutet wurde. Behandlung: Entwässerung durch Bettruhe und Arznei, dann Jodkalium; zwischendurch Neoarsphenamin, das er nicht vertrug, worauf Jodkaliumgaben verstärkt und Hg innerlich gegeben wurden. Da alle Erscheinungen zurückgingen, so erfolgte Entlassung und ambulante Weiterbehandlung mit Hg intramuskulär. Nach einiger Zeit wegen Ver-

Digitized by Google

schlimmerung Wiederaufnahme und Exitus. Wassermann war stark positiv gewesen. Der Impfversuch mit der Aszitesflüssigkeit war negativ ausgefallen. Die Leichenöffnung ergab: tuberkulöse Bauchfellentzündung, tuberkulöse Darmgeschwüre, Tuberkulose der Mediastinal- und Mesenterialdrüsen; linksseitige käsige Pneumonie, geschwürig-tuberkulöse Bronchitis, verheilte Tuberkulose der rechten Lunge und des Brustfells, chronische interstitielle und parenchymatöse Nephritis mit amyloider Entartung; an der Leber amyloide und fettige Entartung sowie multiple Gummatas mit Hepar lobatum, gummöse Drüsenveränderung an den Beinen, Aortitis syphilitica usw. Die Verff. weisen an der Hand der Statistiken mit Nachdruck darauf hin, daß die Komplikation Syphilis geeignet sei, eine Tuberkulose zu verschlimmern, und sind für ihren Fall der Ansicht, daß der üble Verlauf möglicherweise der Jodbehandlung zur Last zu schreiben sei.

Gelenkauswüchse an der Haut (Synovial Lesions of the Skin), von G. M. MacKee und G. C. Andrews-New York. Die Verff. beschreiben 4 Fälle mit Licht- und Durchleuchtungsbildern. Es handelt sich um je eine etwa erbsengroße Geschwulst von zystenähnlicher Beschaffenheit an der Streckseite des Endgelenkes der Zeige- und Mittelfinger. Sie gehen zweifellos (ganglionähnlich) von dem darunterliegenden Gelenk aus und sind vielleicht Überschleimbeutel. Histopathologisch findet sich eine scharfumschriebene Bildung von fibrösem Gewebe, dessen mittlerer Teil myxomatös entartet ist und mehrere Zysten enthält. Verbindung mit den tieferen Teilen besteht nicht. Behandlung: Sorgfältige Exzision oder Bestrahlungen.

Stomatitis und aplastische Form der perniziösen Anämie nach Neosalvarsan (Stomatitis and Aplastic Anemia Due to Neo-Arsphenamin), von J. E. Moore und A. Kneidel-Baltimore. Die Verff. berichten über einen Todesfall nach Neosalvarsanbehandlung einer fettleibigen 50jährigen Frau, die syphilitisch infiziert worden war (Primäraffekt), aber noch keine Sekundärerscheinungen bot, wohl aber Unwohlsein, Kopfschmerzen und positiven Blutwassermann. Sie erhielt zunächst 2 Arsphenamin zu 0,4 und 0,3, wonach, das zweitemal stärker und länger, ein juckendes Erythem auftrat. Danach machte sie eine Schmierkur, worauf der Wassermann negativ wurde. Über $^1/_2$ Jahr später bekam sie innerhalb $^1/_2$ Jahres 8 Neosalvarsan zu 0.3 und 1 zu 0,45; zwischendurch neue Schmierkur. Nach der ersten Neoarsphenamin-Injektion (0.3) kein allgemeines Erythem, aber 2 Tage später ausgedehnter Herpes an der Unterlippe und Schnupfen, 5 Tage später Schüttelfrost, Übelkeit, Kopfschmerzen und allgemeine Hinfälligkeit. Nach den nächsten Einspritzungen jedesmal einige Tage dauerndes Übelbefinden. Sie fühlte sich sehr schlecht, fieberte, bekam Munderscheinungen und wurde langsam gelb. Ihr Zustand verschlimmerte sich, Zahnfleischgeschwüre (Plaut-Vincent-Erreger), Lockerung der Zähne, Blutergüsse an Schleimhäuten und Haut, Blutungen aus Nase, Zahnfleisch und Scheide. Blut in Harn und Stuhl. Zuletzt Geschwüre am harten Gaumen sowie am Mundwinkel und Halse. Schläfrigkeit, heftiger Kopfschmerz, 4 Wochen später Tod. Genaue Tabellen über das Blutbild. Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes, enorme Leukopenie (zuletzt nur 900 weiße Blutkörperchen), erst völliges Fehlen der Blutplättchen, etwa nach der zweiten Bluttransfusion gewaltige Vermehrung, die aber trotz Wiederholung langsam wieder zurückging. Ausführliche Wiedergabe des Sektionsbefundes (Arteriosklerose, Lungenödem, lobuläre Pneumonie, aplastisches Knochenmark, hämorrhagische Nephritis usw.). Die Verff. betonen, daß im vorliegenden Falle, sowie wahrscheinlich in den Dermatitis exfoliativa- usw. Fällen die Blutveränderung die ausschaggebende verhängnisvolle Rolle spielte, und daß daher von vornherein in allen irgend wie verdächtigen Fällen von Nebenerscheinungen bei Salvarsanbehandlung die ständige Kontrolle des Blutbildes unerläßlich sei.

Die Frucht eines Jahres in Beirut (The Bream of a Year at Beirut), von W. B. Adams. Verf., Professor der Dermatologie an der Medizinschule der amerikanischen Universität in Beirut, schildert, was das Jahr 1920 ihm an selteneren Hautkrankheiten geboten hat. Die Einzelheiten bieten kein besonderes Interesse.

Vergleich zwischen Röntgen- und Radiumdermatitis (Roentgen Dermatitis and Radium Dermatitis: a Comparison), von G. M. MacKee und G. C. Andrews-New York. Es besteht kein wesentlicher Unterschied in der Wirkung zwischen Radium- und Röntgenstrahlen. Unter den gewöhnlichen Arbeitsbedingungen werden kleine Abweichungen dadurch bedingt, daß sehr weiche Beta-Radiumstrahlen eine oberflächlichere Verbrennung hervorrufen als Gamma- oder Röntgenstrahlen von großer Wellenlänge, und daß die kürzesten Gammastrahlen viel tiefere Zerstörungen mit entsprechend weniger Zerstörungen an der Oberfläche verursachen als dies die kürzesten Röntgenstrahlen tun.

Digitized by Google

Über die Beeinflussung von Hautreaktionen durch Arsenpräparate (Studies Concerning the Influence of Arsenical Preparations on Cutaneous Tests), von A. Strickler-Philadelphia. Die Wiederholung der Luetinimpfung bei nichtsyphilitischen Patienten ist imstande, in 21% der Fälle eine positive Reaktion hervorzurufen, desgleichen scheint die intravenöse Anwendung von Arsphenamin den positiven Ausfall der Luetinreaktion zu begünstigen; das war der Fall in 53%. Natriumkakodylicum, intravenös gegeben, hat die gleiche, nur schwächere Wirkung. Die Wiederholung des Pirquet kann, aber nur sehr selten, ein positives Ergebnis haben: unter 14 Fällen ereignete sich dies einmal. Die intravenöse Injektion von Arsphenamin ist imstande, einen positiven Pirquet hervorzurufen bei vorher negativem Ausfall: bei 10 Patienten trat dies dreimal ein.

Erfahrungen mit Salvarsannatrium (Experiences with Sodium-Arsphenamin-Diarsenol), von H. E. Michelson und D. M. Siperstein-Minnesota. Ein Überblick über die Literatur von Silbersalvarsan.

Rhus-Dermatitis-Mittel (Remedies for Rhus Dermatitis), von J. B. McNair-Washington. Verf. zählt in längerer, ausführlicher Arbeit nicht ohne Humor die unzähligen Mittel auf, die seit dem Jahre 1798 von berufener und unberufener Seite als Heilmittel gegen Rhus-Dermatitis gepriesen und veröffentlicht sind. Von guter Wirkung scheint in frischen Fällen die oxydierende Wirkung einer heißen, schwach angesäuerten Kalium permanganicum-Lösung zu sein. E. Ahrens-Hamburg.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

August-September, 1921, Bd. 33, Nr. 8/9.

Carzinom der Haut bei Anthrazenarbeitern (Carcinoma Cutis in an Anthracene Factory), von W. J. O'Donovan. S. 291—297. Auf Grund von drei genauer beschriebenen Fällen kommt Verf. zu dem Resultate, daß ältere Anthrazenarbeiter zu Hautkarzinom, ähnlich jenem, das bei Teer-, Kreosot-, Paraffinarbeitern und Schornsteinfegern beobachtet wird, disponiert sind. Es handelt sich in solchen Fällen um Hornzellenkarzinome, wobei Metastasen nicht gefunden wurden. Gesicht und Hände scheinen die bevorzugten Stellen zu sein, ungleich den Fällen bei Teerarbeitern sind keine multiplen Neubildungen vorhanden; 4 Jahre war die längste und 3 Monate die kürzeste Dauer dieser Hautkarzinome. Andere Hautveränderungen leichterer Art, wie Akne, Keratosis, Telangiektasien und Pigmentierungen sind nebenbei häufige Erscheinungen bei diesen Arbeitern. Auffallend ist, daß bei den Arbeitern, die mit gereinigtem Anthrazen beschäftigt sind, keine Erkrankungen an Hautkarzinom vorkommen, während bei jenen, die mit gewöhnlichem Anthrazen und dessen Reinigung sich abgeben, 3 Fälle unter 25 Leuten doch als erheblich schwere Gewerbekrankheit anzusehen ist.

Die Möglichkeit einer Erklärung für das vermehrte Vorkommen und frühzeitige Auftreten von Neurosyphilis (A Possible Explanation of the Increased Incidence and Early Onset of Neurosyphilis), von A. Reith Fraser und A. G. B. Duncan. (Fortsetzung und Schluß aus S. 264.) Die moderne Frühbehandlung bietet dem Zentralnervensystem zu geringen Schutz, indem sie rasch den Organismus sterilisiert und so die Zerebro-Spinal-Achse ihres Zuflusses an Antikörpern beraubt, außerdem tragen die hohen Salvarsandosen noch dazu bei, das Zentralnervensystem zu schädigen. Als prädisponierendes Moment zu dieser Schädigung kommen vielleicht noch die Anstrengungen und Aufregungen des Krieges. Die Erkrankung des Nervensystems kann symptomatisch oder asymptomatisch sein: beim Fehlen klinischer Erscheinungen kann eine normale Spinalflüssigkeit bedeuten, daß das Nervensystem über den Organismus gesiegt hat oder das Nervensystem nicht dazu neigt, auf das Syphilisgift zu reagieren, oder man kann auch annehmen, daß der allgemeine Kreislauf mit Erfolg sterilisiert worden ist, bevor Gehirn und Rückenmark befallen wurde. Eine pathologische Zerebro-Spinalflüssigkeit kann eine vorhandene Schädigung oder Schutzreaktion bedeuten; beim Fehlen von Symptomen ist eine genaue Deutung des Befundes nicht möglich.

Oktober 1921, Band 33, Nr. 10.

Über Herdinfektion (Focal Infection), von Leslie Roberts-Liverpool. Verschiedentlich gemachte Beobachtungen waren beweiskräftig genug zu der Annahme, daß in den Tonsillen scheinbar gesunder Personen Mikroorganismen, vor allem Streptokokken sich aufhalten und von hier aus Infektion des übrigen Körpers, der Haut usw. statt-

Digitized by Google

finden kann. Am bekanntesten sind in dieser Beziehung Rheumatismus, infektiöse Chorea in den früheren Kinderjahren, Endokarditis, Arthritis und einige Formen von Nephritis; R. glaubt nun, daß auch zwischen einigen Hautkrankheiten und Tonsillarinfektion ein ätiologischer Zusammenhang besteht und führt derartige Fälle von Lichen planus, Alopecia areata, Prurigo, Psoriasis und Lupus erythematosus an. Aus den Beobachtungen Barbers, Verfassers und noch anderen kann logischerweise der Schluß gezogen werden: 1. daß Lupus erythematosus in manchen Fällen mit bakteriellen Ansammlungen, in den Tonsillen, vor allem in den Krypten derselben verbunden ist, wobei der in denselben vorherrschende Keim der Streptococcus haemolyticus ist. 2. Lupus erythematosus nach Tonsillektomie spontan verschwinden kann oder auch nach einer solchen und einer Reihe von Injektionen einer autogenen, aus Reinkulturen des Streptococcus haemolysans (Barber) hergestellten Vakzine. 3. Lichen planus kann mit Bakterienanhäufungen in den Krypten der Tonsillen (Streptoococcus longus) verbunden sein und unmittelbar nach der Tonsillektomie beginnen abzuheilen. Infolge von Injektionen einer autogenen Streptokokkenvakzine kann Lichen planus vollständig verschwinden ohne Mithilfe einer äußeren Behandlung. 4. Psoriasis wird durch Tonsillektomie oder Injektionen einer autogenen Streptokokkenvakzine nicht beeinflußt. 5. Alopecia areata ist häufig mit Streptokokkeninfektion der Wundhöhle oder der Tonsillen verbunden und es kommt hierbei nach Tonsillektomie und Anwendung einer autogenen Streptokokkenvakzine Heilung vor. 6. Septische Tonsillen bei Kindern, bei welchen Streptokokken als Erreger vorherrschen, kommen häufig ohne gleichzeitige Alopezia oder irgend eine andere Hautaffektion vor. 7. Prurigo kann mit Tonsilleninfektion, wobei Staphylococcus aureus und Streptococcus longus vorherrschen, verbunden sein und unmittelbar nach Tonsillektomie spontan verschwinden oder gleichzeitig mit Injektionen einer autogenen Vakzine von Staphylococcus aureus und Streptoococcus longus zur Heilung kommen. Die Frage, ob es wissenschaftlich als allgemeiner Grundsatz aufgestellt werden kann, daß Wund- und Tonsilleninfektion die Ursache von Lupus erythematosus, Alopecia areata, Lichen planus und Prurigo seien, will Verf. in einem weiteren (zweiten) Teil seiner Arbeit beantworten. (Fortsetzung folgt.)

Über chronische, fibroide subkutane Syphilome (Chronic Fibroid Subcutaneous Syphilomata), von Hermann Goodman-New York. G. bringt den Fall, der einen 36jähr. Mann betraf, und bei dem 8 Jahre lang eine Anzahl subkutaner, unregelmäßiger Fibrome an Ober- und Unterextremitäten bestanden haben, mit genauer klinischer und histologischer Beschreibung; histologisch zeigten dieselben hauptsächlich den Charakter chronischer Granulome. Antisyphilitische Behandlung bestätigte — zum ersten Male unter den wenigen bis jetzt veröffentlichten Fällen — die gestellte Diagnose. G. hatte Gelegenheit, einen zweiten Fall zu beobachten, wo syphilitische subkutane nicht ulzerierende Knoten viele Jahre lang in Zusammenhang mit einer Sehne vorhanden waren; histopathologisch waren diese beiden Fälle, sowie der von Weber ziemlich ähnliche. Es handelt sich ohne Zweifel um sehr seltene Beispiele tertiärer Syphilis, wo gummöse Neubildungen teilweise zu fibröser Entartung kommen, wie es zuweilen bei syphilitischen Veränderungen in Leber und Lungen vorkommt. Weitere Beobachtungen dieser Art dürften nach Verfassers Ansicht zur Aufklärung der immerhin noch nicht genug gewürdigten Frage beitragen.

M. Stern-München.

Česká Dermatologie.

1921, Bd. 3, Nr. 2.

1. Grippe-Exantheme, von V. Janovský-Prag. Die Häufigkeit der verschiedenen Exantheme wechselt mit den Epidemien. Die erythematösen Formen und die Urtikaria treten in den ersten 2—3 Tagen auf, der Herpes (labialis oder facialis) auf der Höhe des Fiebers oder gleich nach dem Abfall desselben; der Zoster kommt sehr selten vor; Pemphigus hat J. nie gesehen; am seltensten, aber am ernstesten ist die Purpura. — Am häufigsten sind folgende Exanthemformen: 1. erythematöse Formen, und zwar a) punktförmige, b) morbillöse, c) streifenförmige, d) ausgebreitete, diffuse Erytheme, e) Erythema nodosum; 2. Urtikaria; 3. Purpura. — Der Verlauf ist ein rascher, besonders bei den erythematösen Formen. Exantheme sind sehr selten; sie bilden rote Flecke an der Innenseite der Wangen oder rote Streifen längs des Randes des weichen Gaumens. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: medikamentöse Exantheme, die man durch

Digitized by Google

weitere Gaben provozieren kann, Dermatitis scarlatiniformis, die durch ihre Lokalisation (wie bei Scharlach), längere Dauer, Desquamation und Rezidiven zu unterscheiden ist, Morbillen und Skarlatina. — Die Ätiologie ist unklar. Therapie: Puder.

2. Zur Therapie der Psoriasis mit Extrakten endokriner Drüsen, von J. Camrda-Preßburg. Die von Šamberger inaugurierte Behandlung der Psoriasis mit Thymusextrakt bewährte sich bei einem 10jähr. Knaben mit ausgebreiteter, hartnäckiger Psoriasis. Da kein Extrakt zur Verfügung stand, wurden Tabletten (Thymusin Bylo) und, als diese ausgingen, Schilddrüse und Hodenextrakt gegeben. Trotzdem wurde bei diesem 6 Jahre jeder Therapie trotzenden Falle binnen 65 Tagen fast Heilung erzielt, wobei jede andere Behandlung ängstlich vermieden wurde. Die Geschlechtsdrüsen haben einen eminenten Einfluß auf die Involution der Thymus, das Hodenhormon sollte demnach die Wirkung des Thymushormons paralysieren, so daß der Effekt der Therapie ein negativer sein sollte. Allerdings wurde gleichzeitig Thyreoidea gereicht und diese konnte ganz wohl als Exzitator der Thymus die hemmende Wirkung des Hodenhormons unterdrücken. Aber die Geschlechtsdrüsen haben auch einen direkten Einfluß auf die Vitalität der Hautzellen, analog der Thymus, so daß in dem vorliegenden Falle nicht jene Wechselbeziehung zwischen beiden Drüsen, jener spezifische Antagonismus zwischen Thymus und Geschlechtsdrüsen eine wesentliche Rolle spielen, sondern die eine Drüse die Funktion der anderen übernehmen dürfte.

3. Alopecia confluens thyreogenes, von K. Gawalowski-Prag. (Fortsetzung folgt.)

G. Mühlstein-Prag.

Bücherbesprechungen.

O. v. Schjerning's Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg 1914 bis 1918. Bd. VIII, Pathologische Anatomie, von L. Aschoff. (Barth, Leipzig 1921, 591 Seiten, 134 Abbildungen und 6 Tafeln.) Zahlreiche Mitarbeiter haben sich mit dem Herausgeber vereint, um die in Feld und Heimat gesammelten pathologisch-anatomischen Erfahrungen, zu denen der Weltkrieg Gelegenheit gab, in dem stattlichen Werke niederzulegen. Es sind nicht nur die für Unfallheilkunde wie gerichtliche Medizin wertvollen Materiale von den eigentlichen Kriegsverletzungen und den Störungen ihrer Heilung in die Darstellung einbezogen, sondern es werden insbesondere auch die Kriegsseuchen, sowie die Beobachtungen über nicht für den Krieg charakteristische Krankheiten, wie z. B. auch der Haut, kurz behandelt. Die Fülle des im Krieg gesammelten Materials und der daraus erwachsenen Fragen bringt es mit sich, daß die Bearbeitung keine erschöpfende sein konnte, weitere Ergebnisse werden in den Veröffentlichungen „Aus der Kriegs- und Konstitutionspathologie" (Verlag Fischer, Jena) niedergelegt.

O. Gans-Heidelberg.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als bevölkerungspolitisches, soziales, ethisches und gesetzgeberisches Problem, von Henriette Fürth. (Hermann Minjon, Verlagsgesellschaft m. b. H., Frankfurt a. M. 1920. 123 Seiten.) Dem rassenhygienischen Schaden der Geschlechtskrankheiten entspricht ein stets wachsender volkswirtschaftlicher Schaden, der angesichts unserer heutigen traurigen Lage uns zu energischem Kampf zwingt. Als vorzüglichste Quelle der Geschlechtskrankheiten bezeichnet Verf. die Prostitution — nostra maxima culpa —, deren wirtschaftliche, psychische und soziale Ursachen erläutert werden, mit besonderer Berücksichtigung der Wohnungs-, Alkohol- und Unehelichenfrage. Der erfolgreiche Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten muß eine gründliche Änderung unserer wirtschaftlichen und sozialen Zustände herbeiführen, die die Prostitution zu einer möglichst überflüssigen Einrichtung machen. Die Grundlage für diese Änderung bilden Erziehung und Unterricht; Erziehung in erster Linie zur Selbstbeherrschung, also Willenskultur. Fach- und Fortbildungsschulen haben besondere sozial- und sexualpädagogische Aufgaben, und wichtig ist die Fürsorge für die Unternormalen in Hilfsschulen und Förderklassen und nach der Schulzeit. — Die Wohnungsfrage kann nur durch Steigerung des Mietzinses gelöst werden mit Berücksichtigung mittelloser und kinderreicher Familien (Miethöhe nach Steuerzettel!). Die Erwerbstätigkeit der verheirateten Frau, mit der wir auf lange Zeit hinaus rechnen müssen, zwingt zu einer Reform der Hauswirtschaft, die als gemeinwirtschaftliche Haushaltung mit Zentralküche (Einküchenwirtschaft), Ausbau der Volks- und Kriegsküchen, oder am leichtesten durch konsumgenossenschaftlichen Bezug gebrauchsfertiger Speisen

Digitized by Google

durchgeführt werden kann. — Eine ernste Betrachtung verdient die wirtschaftliche Heiratsunmöglichkeit der jungen Akademiker, wie auch die Existenz- und Ehefrage der Kriegsbeschädigten. Die Frühehe unter einfachsten Lebensformen mit leichter Lösungsmöglichkeit muß als ein Mittel zur Gesundung unserer sittlich-kulturellen, gesundheitlichen, rassenhygienischen und wirtschaftlichen Verhältnisse erscheinen. Der 3. Teil, der sich mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch gesetzliche Maßnahmen zur Verhütung, Heilung und Bestrafung befaßt, bringt nichts wesentlich Neues. Die Beratungsstellen (besonders das Mannheimer System) sind ein wertvolles Hilfsmittel. Der bevölkerungspolitische Wert der Schutzmittel ist größer als irgend einer ihrer Nachteile. E. Dethleffsen-Heidelberg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines, Anatomie.

Neues zur Lehre von der Enuresis nocturna, von Fincke-Arendsee. (Ther. d. Gegenw., 1921, Nr. 7, S. 257.) F. hat einen Fall von Enuresis nocturna bei einem neuropathisch belasteten 9½jähr. Mädchen fast 4 Jahre lang sehr eingehend beobachtet. Als Ursache des Leidens ist die neuropathische Anlage anzusehen, die sich in abnormer nervöser Erschöpfbarkeit äußert. Diese wird Ursache für eine Umkehrung des Nierensekretionstypus, der die Haupturinmenge auf die Nacht verlegt, ferner für abnorme Schlaftiefe entsprechend der Schwere der Erschöpfung und für nervöse Reizzustände der Blase mit abnormem Urindrang auch ohne starke Blasenfüllung. Zunehmende Besserung mit zunehmender Widerstandsfähigkeit des Zentralnervensystems; wesentliche Unterstützung der Besserung durch Suggestionsbehandlung. F. Hirsch-Ulm.

Einige Betrachtungen über die Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane (Some Considerations of the Diseases of the Genitourinary Tract), von William J. Erickson-Philadelphia. (New York m. J., 1921, Bd. 113, Nr. 13.) Nichts Neues. E. Levin-Berlin.

Röntgendiagnose der Erkrankungen der Harnwege (Roentgen Diagnosis of Lesions of the Genitourinary Tract), von Lester Levin-Buffalo, N. Y. (New York m. J., 1921, Bd. 113, Nr. 13.) Wünschenswert ist es, in jedem Falle eine Platte von jeder Nierengegend, von jeder Lumbalgegend und von der Blase zu machen. Schatten von Steinen können vorgetäuscht werden durch Darminhalt, Kotsteine, verkalkte Mesenterialdrüsen, Verkalkungen von Rippenknorpeln, Residuen von Medikamenten, besonders Wismut; ferner Verkalkungen von Teilen des Ureters, Sklerose der A. iliacae, Verkalkungen der Vasa deferentia, Verkalkungen an der Bifurkation der Aorta, geronnene Blutklumpen in einer karzinomatösen Niere, Warzen und Pigmentmäler, Narben von früheren Operationen. Wichtig ist die Differenzierung der Nierensteine von Gallenblasensteinen. Das Röntgenogramm kann Tuberkulose der Niere aufdecken, ebenso des Ureters, an diesem auch Obstruktionen, Dilatationen, Divertikel, Verdoppelungen. Die Hydronephrose liefert ein charakteristisches Bild. Die Zeichnung einer vergrößerten Niere auf der Platte kann Anlaß zu dem Verdachte einer malignen Neubildung geben, die gar nicht selten ist; injizierte Nieren bieten dann typische Veränderungen. Das Pyelogramm gibt wesentlich bessere Aufschlüsse als die einfache Platte. E. Levin-Berlin.

Experimentaluntersuchungen über die histopathologischen Veränderungen der Urethralschleimhaut durch Argirininjektionen (Ricerche sperimentali sulle modificazioni istopatologiche della mucosa uretrale prodotte da inezioni di argirina), von Francesco Fasani-Volarelli-Siena. (Mitt. a. Acad. dei fisiocritici, Siena, 26. März 1920.) Argirin ist eine neue Silbereiweißverbindung von hohem Silbergehalt, die in 1—5%iger Lösung verwendet wird. Versuche an der Hundeharnröhre haben jedoch ergeben, daß es schon in Lösungen von 1% schwere Veränderung im und unter dem Schleimhautepithel hervorruft. A. v. Notthafft-München.

Harnröhrenplastik, von H. Rehn-Lichterfelde. (D. m. W., 1921, Nr. 38, S. 1131.) Verf. berichtet über einen Fall, bei dem er die strikturierte Harnröhre durch die Vena saphena ersetzt hat. F. Harry-Berlin.

Zur Kasuistik der Transplantation der Harnröhre, von E. Remele. (W. kl. W., 1921, Nr. 38, S. 461.) Verf. ist es gelungen bei einem Pat. mit hochgradiger

Digitized by Google

Striktur der vorderen Harnröhre und Urethralfistel die Harnröhre durch ein 8 cm langes Stück der Vena saphena zu ersetzen und diese zur Einheilung zu bringen, während nach Garré höchstens 6—7 cm lange Transplantate bei strengster Asepsis einheilen können. E. Langer-Berlin.

Darm- und Penisgangrän auf allgemein angiospastischer Grundlage, von Wieting-Sahlenburg-Cuxhaven. (D. m. W., 1921, Nr. 38, S. 1129—1130.) Verf. berichtet über einen Fall von allgemeiner angiospastischer Diathese. Außer zerebralen und renalen Erscheinungen trat eine angiospastische Darmverengerung bzw. Nekrose, später eine angiospastische Nekrose des Penis auf. Zur Beseitigung der angiospastischen Diathese kommt die Entfernung einer Nebenniere in Betracht. F. Harry-Berlin.

Zur Frage der sogenannten Kallusgeschwülste der männlichen Harnröhre, von M. Grauhan-Kiel. (D. Zschr. f. Chir., 1921, Bd. 165, H. 3 und 4, S. 154.) Bei blennorrhoischen und traumatischen Strikturen kann es zur Bildung von rein entzündlichen Pseudotumoren kommen, die von hochgradiger Wucherung des Urethraepithels begleitet sind. Diese Pseudotumoren sind vielleicht Vorstufen des Urethralkarzinoms, von dem sie klinisch nicht zu unterscheiden sind. Zweckmäßigste Therapie daher ausgiebige Resektion. M. Rehbein-Hamburg.

Zur Technik der Röntgenuntersuchung der Harnröhre, von Martin Haudek. (W. m. W., Nr. 11, S. 490—492.) Die Grenzen und damit die Operationsart eines Harnröhrenkarzinoms wurden nach Füllung mit 10%iger Jodkalilösung röntgenologisch festgestellt. E. Riebes-Königsberg.

Zur Pathologie des Colliculus seminalis, von Schminke-München. (Verhandl. d. D. Path. Ges., Jena 1921.) Das Bemerkenswerteste an dem Fall war eine hochgradige hypoplastische Entwicklung der Genitalien mit nur kleinbohnengroßen, beiderseitig an den Annulus inguinalis subcutaneus in den Hodensack deszendierten Hoden, spärliche Behaarung der Schamgegend und Fehlen der Achsel- und eine nur flaumige Entwicklung der Barthaare. Der Penis war nur 3 cm lang, wenig größer als der eines Neugeborenen und entsprechend dünn. Der Präputialsack der Glans penis entsprechend. Die äußere Harnröhrenmündung lag als etwa $1^1/_2$ mm langer, sagittal gestellter schlitzförmiger Spalt an gehöriger Stelle. Während die vordere Harnröhre keine Besonderheiten aufwies, fand sich an Stelle des Colliculus seminalis eine myrtenblattgroße, polsterartige Erhebung von derber Beschaffenheit und weißlicher Farbe. In der Mitte derselben war eine trichterförmige, im allgemeinen rundliche Mulde von ungefähr 1 mm Durchmesser vorhanden. Von dieser aus gelangte man nach hinten und oben in eine ebenfalls ungefähr 1 mm tiefe, in ihrem Kaliber ungefähr borstendicke Tasche. Das Gewebe unter der polsterartigen Erhebung wurde durch eine 1 cm dicke, sich hart anfühlende prostataähnliche Gewebsplatte gebildet. Umgeben wurde die Erhebung allseitig von einer kapuzenförmigen Schleimhautfalte. Die muldenförmige Vertiefung entspricht einer normal gestalteten Vagina, der epithelbekleidete Gang ist ihre weitere Fortsetzung nach oben. Die Schleimhautmembran ist eine Hymenbildung. Teratologisch kann somit der Fall als rudimentär entwickelter Pseudohermaphroditismus masculinus internus gelten. O. Gans-Heidelberg.

Zur Behandlung der Incontinentia urinae, von Walter Forst-Jena. (D. m. W., 1921, Nr. 36, S. 1060—1061.) Verf. berichtet über gute Erfolge mit der Goebel-Stoeckelschen Operation. Zwei Faszienlappen aus der Rektusfaszie, die in ihrem unteren Teil die Pyramidales enthalten, werden unter dem Sphinkter gekreuzt und mit der Blase vernäht. F. Harry-Berlin.

b. Penis, Urethra, Blase.

Die Extraperitonisierung der Harnblase (Voelcker) als Methode der Wahl bei Resektionen, Divertikeln und Totalexstirpationen, von H. Boeminghaus-Halle. (D. Zschr. f. Chir., 1921, Bd. 165, H. 3 u. 4, S. 257.) Beschreibung der von Voelcker angegebenen Operationstechnik, deren Brauchbarkeit und Überlegenheit den anderen Methoden gegenüber, an Hand von fünf Fällen gezeigt wird. M. Rehbein-Hamburg.

Über Cystitis gonorrhoica, von G. Linzenmeier-Kiel. (Zbl. f. d. ges. Med., 1921, Nr. 30, S. 1064.) Mitteilung zweier Fälle von einwandfreier Cystitis corporis blennorrhoica, mit mikroskopischem und kulturellem Nachweis von Gonokokken in dem durch Blasenpunktion gewonnenen Urin. Es handelte sich in beiden Fällen um jugendliche Gravide. In dem einen Fall wurde das von Kolischer und Knorr als charakteristisch bezeichnete Blasenbild festgestellt, im zweiten Falle fand sich zystoskopisch

Digitized by Google

Notizen über

Humagsolan!

(Spezifische Ernährung der Epidermoidalgebilde)

Die therapeutische Idee des Humagsolans gründet sich auf die Lehre von den Sondernährstoffen. Das Humagsolan, ein leicht verdauliches Hornhydrolysat, in dem der wichtigste S-haltige Baustein des Eiweißmoleküls, das Cystin, fast verlustlos erhalten ist, bietet auf physiologischer Basis die Möglichkeit, die Haare und die übrigen Horngebilde nutritiv zu beeinflussen.

Aus seiner Einwirkung auf die Wachstumsenergie dieser Formbestandteile ergeben sich für das Mittel als Indikationen: unkomplizierter Haarschwund, Trichorrhexis, trophische Nagelerkrankungen usw.; im Verein mit lokaler Therapie die Alopecia pityrodes usw.

Zuntz begründet in seiner einführenden Arbeit die Theorie des Mittels und zeigt an dem Ergebnis eines Selbstversuches, daß unter dem Einfluß der spezifischen Bestandteile eine Verdoppelung des Haarwuchses stattgefunden hat. Bei vier Wollschafen trat eine bedeutende Zunahme des Haarquerschnittes ein (D. m. W., Nr. 6, 20).

Blaschko teilt vornehmlich seine Erfahrungen bei Alopecia mit, die am günstigsten waren bei Bestrahlung mit gleichzeitiger Humagsolandarreichung. Er hebt als besonders bemerkenswert je einen Erfolg bei Trichorrhexis und trophischer Nagelerkrankung hervor und regt Versuche bei gewissen Hautkrankheiten an (D. m. W., Nr. 19, 20).

Pulay hat bei der Behandlung des Haarausfalles niemals ein solch intensives Längen- und Dickenwachstum des Haares feststellen können, als bei Zusichnahme des Humagsolans (Med. Kl., Nr. 48, 20).

Reimer beschreibt einen Fall von Röntgenschädigung, in dem das Humagsolan offensichtlich zur Befestigung des Gewebes und zur Belebung des Haarwuchses beigetragen hat (Med. Kl., Nr. 11, 1921).

Bibergeil und Prior berichten über die Wirkung des Humagsolans bei Alopecia areata und empfehlen die Humagsolan-Medikation neben gleichzeitiger Bestrahlung als aussichtsreichste Therapie.

Probemengen für die Herren Ärzte kostenlos.

Fattinger & Co., G. m. b. H., Berlin NW 7

Digitized by Google

Glauko-Binde „Mollis“

Weicher Zinkleimverband in gebrauchsfertiger Form.

Hervorragend bewährt bei Ulcus cruris, Hydrops, chronischen Ekzemen u. a. m.

Einfach — Wirksam — Billig

Bei den Krankenkassen zur Verordnung zugelassen

Lüscher & Bömper, Fahr (Rheinland)

Fabriken medizinischer Verbandstoffe und pharmazeutischer Präparate

Filialen:

Berlin W 57 — Essen (Ruhr) — Hamburg 1 — Nürnberg

Resistan-Salbe.

(Aktive Komplexe von **Fe-Phosphor-Verbindungen.**)

Antiseptische Salbe mit starken **granulationsanregenden** u. **epithelisierenden** Eigenschaften.

Neuartiges ionotherapeutisches Mittel, wirkt durch das Übergewicht an Kationen.

Sehr bewährt besonders bei: Äußeren Verletzungen (wie Schnitt-, Riß-, Biß- u. Quetschwunden), Frostbeulen, Brandwunden I. und II. Grades, Ekzemen, Decubitus, Ulcus cruris, Impetigo, Erysipel, Dermatomykosen, durch verschiedene ätiologische Momente hervorgerufenen Erythemen.

Agressit-Einlege-Pastillen

zur vaginalen Desinfektion.

(m-Monomethylbenzolsulfonchlorimid-Kalium, Monomethylcupreinhydrochlorid, Aluminiumacetotartrat.)

Sicherstes **Entkeimungsmittel** auf neuem Prinzip: Dissoziiertes **Chlor** und naszierend. **Sauerstoff.**

Verbürgt den Schutz, ohne die Schleimhaut zu reizen und ästhetisch unangenehm zu wirken. Präparat, welches die desinfizierenden Wirkungen von Chlor und Sauerstoff mit der keimtötenden Kraft eines Alkaloids vereinigt. Vorzüglich als **SCHUTZMITTEL.**

Proben und Literatur nach Anforderung.

Timello, Gesellsch. zur Herstellung techn. und chem. Produkte m. b. H.,

Berlin-Wilmersdorf I.

Digitized by Google

das Bild einer ganz akuten Zystitis. Entscheidend für die Cystitis corporis blennorrhoica ist demnach nicht das nicht regelmäßig vorhandene zystoskopische Bild der insulären Entzündungsherde, sondern nur der Gonokokkennachweis in dem durch Blasenpunktion gewonnenen Urin. F. Hirsch-Ulm.

Hämorrhagische Blasenerkrankung bei chronisch rezidivierender Polyarthritis, die klinisch, zystoskopisch und zystographisch einen Blasentumor vortäuschte, von H. Böminghaus-Halle. (M. m. W., 1921, Nr. 36, S. 1152.)
A. v. Notthafft-München.

Jodkalifüllungsmethode bei Blasenkrankheiten, von Schönfeld. (W. m. W., Nr. 11, S. 508—510.) Einfache Füllung der Blase, Abschluß durch Penisklemme, leichte Massage und Pressen durch den Kranken ermöglichen Röntgendiagnosen, durch die Zystoskop und Ureterenkatheter entbehrlich werden. E. Riebes-Königsberg.

Die Röntgenuntersuchung der Blase in axialer Projektionsrichtung, von Max Sgalitzer. (W. m. W., 1921, Nr. 11, S. 513—517.) Diese neue Durchleuchtungsrichtung bietet Vorteile für die Diagnose von Blasendivertikeln, Divertikelhernien und Konkrementen (die ja so mit Darminhalt nicht verwechselt werden können).
E. Riebes-Königsberg.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Zur operativen Behandlung der Varikozele, ohne weder den Samenstrang noch das Skrotum zu verletzen, von L. Isnardi. (Zbl. f. d. ges. Med., 1921, Nr. 38, S. 1383—1384.) Die bei Varikozelen mehrfach mit gutem Dauererfolg angewandte Operationsmethode ist folgende: In Lokalanästhesie Hautschnitt wie bei der Bassinischen Operation, Inzision der Aponeurosis des Obliquus abdominis externus mit beinahe senkrechtem Schnitt. Auseinanderhalten der Wundränder der Aponeurosis, Heben des Samenstranges mit Haken oder behandschuhten Zeigefinger bis zum oberen Wundwinkel des Schnittes. Naht des Aponeurosisschnittes mit 4—5 Katgutnähten und eventuell des Inguinalringes. G. Assmann-Kiel.

Ätiologische Faktoren der chronischen Prostatitis (Etiological Factors of Chronic Prostatitis), von A. Strachstein-New York. (New York m. J., 1921, Bd. 113, Nr. 13.) Die chronische Prostatitis entwickelt sich oft im Anschluß an eine akute, kann jedoch auch von vornherein chronisch verlaufen im Gefolge von besonders blennorrhoischer Urethritis, auch reiner Anterior. Fernere Ursachen sind Strikturen, Zystitis, Pyelonephritis, Nephrolithiasis. Subjektive Erscheinungen können völlig fehlen, der Palpationsbefund kann zu Täuschungen führen, da er bei Erkrankungen normal erscheinen kann, schon normal Größe und Empfindlichkeit sehr wechseln. Ausschlaggebend ist die mikroskopische Untersuchung des Sekretes, die Urethroskopie ist meist ohne große Bedeutung. Bestehenbleiben der Erkrankung kann zu Impotenz und Sterilität führen. Behandlung: tonisierendes Regime, Vermeiden von Schädlichkeiten (Radfahren, Tanzen), Urotropin, Beseitigung der Ursachen; die Anwendung von aus den verschiedensten bei der Erkrankung gezüchteten Bakterien hergestellten Vakzinen erwies sich wirkungslos. Am wichtigsten ist die Massage, wobei wegen der zur Ausscheidung kommenden Bakterien prophylaktisch die Blase mit schwacher Argentumlösung anzufüllen ist; ferner Dehnungen, heiße Rektalspülungen. E. Levin-Berlin.

Einige Bemerkungen betreffs der Diagnose der Prostatahypertrophie (Quelques remarques à propos du diagnostic de l'hypertrophie de la prostate), von J. M. Barkina-Barcelona. (Presse méd., 1921, Nr. 53.) Bringt für den Facharzt nichts Neues.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Fallgruben bei der Prostatektomie (Pitfalls in Prostatectomy), von Sergeant Price Martin-Buffalo, N.-Y. (New York m. J., 1921, Bd. 113, Nr. 13.) Unter dieser etwas eigentümlichen Überschrift werden nach einem Überblick über die verschiedenen Vergrößerungen der Vorsteherdrüse die auf adenomatöser Neubildung beruhenden in ihren Erscheinungsformen und Symptomen eingehend geschildert. Bei der Behandlung werden die für und gegen eine frühzeitige Operation sprechenden Faktoren gegeneinander abgewogen und von den Operationsmethoden die von dem Verf. bevorzugte zweizeitige suprapubische näher beleuchtet. Als Ursachen von Todesfällen nach der Prostatektomie, die jedoch zum Teil auszuschalten sind, kommen in Frage: Urämie, Schock, Sepsis, Hämorrhagien, Lungenembolie, Pneumonie. E. Levin-Berlin.

Schwierigkeiten bei der Prostatektomie (Difficulties Encountered in Prostatectomy), von James A. Gardner-Buffalo, N. Y. (New York m. J., 1921, Bd. 113, Nr. 13.) Erfahrungen an 209 nach der zweizeitigen Methode operierten Fällen mit nur einem

Digitized by Google

Todesfall. Schwierigkeiten können zunächst in der Diagnose, die vor der Operation eine äußerst exakte sein muß, um Steine, Divertikel, Blasenkrebs auszuschließen, entstehen.
E. Levin-Berlin.

Was leistet die Resektion der Vasa deferentia bei Prostatahypertrophie? von Haberer-Innsbruck. (M. Kl., 1921, Nr. 14, S. 403—405.) Die üblen Zufälle, welche die Vasektomie als Behandlungsmethode bei Prostataleiden in Mißkredit gebracht haben, beruhen nach H.s Beobachtungen auf ungenügender Würdigung der Indikationen und auf technischen Mängeln. Aus einem zwar nicht sehr großen (57 Fälle) Beobachtungsmaterial folgert er, daß die Vasektomie bei guter Vorbereitung, Berücksichtigung der Nierenfunktion und exakter aseptischer Ausführung der Operation in Lokalanästhesie teils als Vorbereitung zu einer nachherigen Prostatektomie, teils zur Umgehung dieses Eingriffs und teils als Behandlung bei Rezidiven nach einer nicht vollkommen geglückten Entfernung der Prostata sehr wertvolle Dienste leisten kann. Bei 40% seiner Fälle konnte H. die geplante Prostatektomie nach Ausführung der Vasektomie unterlassen. Besonders weist Verf. den Vorwurf zurück, daß die Vasektomie zu Psychosen Anlaß gebe. Die Potentia coeundi wird, wie er an einem einen 42jähr. Mann betreffenden Fall darlegt, nicht dadurch aufgehoben; andererseits wird durch die typische Prostatektomie die Zeugungsfähigkeit jedenfalls in den allermeisten Fällen auch beseitigt.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Entzündung der Samenblasen (Seminal Vesiculitis), von **M. Zigler**-New York. (New York m. J., 1921, Bd. 113, Nr. 13.) Es kann sich um einen infektiösen oder um einen nichtinfektiösen Typus handeln, letzterer kann jedoch im weiteren Verlauf infektiös werden. Die pathologischen Veränderungen sind bei ihm ebenso erheblich wie bei der infektiösen Form, die Entstehung beruht meist auf unzweckmäßigem sexuellen Verhalten. Der infektiöse Typus wird am häufigsten durch den Gonokokkus hervorgerufen, ferner durch das Bacterium coli. Die Bedeutung der Samenblasenentzündungen für die Entstehung von Komplikationen ist noch zu wenig bekannt und die Übung in der notwendigen Untersuchungstechnik fehlt sehr oft. Bei Tuberkulose der Samenblasen kommt Expression oder Operation nicht in Frage. In 95% der Fälle können die Samenblasen mit Erfolg palpiert werden; bei den sklerotischen Schwellungen gelangen die Absonderungen nicht in den Urin. E. Levin-Berlin.

Zur Kenntnis der chronischen nichtspezifischen Entzündung des Nebenhodens und Hodens, von M. Flesch-Thebesius-Frankfurt. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1921, Bd. 123, H. 3, S. 633.) An Hand von sechs Krankengeschichten wird über sechs Fälle berichtet, die klinisch nicht von Tuberkulose zu unterscheiden waren. Anatomisch handelte es sich um eine Orchitis resp. Epididymitis chronica fibrosa. Als Ursache wird eine mild verlaufende Staphylomykose angenommen, bei der die Kokken von der Blase in den Nebenhoden gelangen. M. Rehbein-Hamburg.

Zur Ektopia testis perinealis congenita, von E. Dangschat-Leipzig. (D. Zschr. f. Chir., 1921, Bd. 165, H. 5 u. 6, S. 351.) Kasuistischer Beitrag. Als Ursache wird eine falsche Insertion des Leitbandes, die bei der Sektion nachgewiesen werden konnte, angenommen. Der Dammhoden zeigt im Gegensatz zum Leistenhoden keine degenerativen Erscheinungen, und neigt nicht zur malignen Entartung. M. Rehbein-Hamburg.

Über die Zwischenzellen des Hodens, von Berblinger-Kiel. (Verhandl. d. D. Path. Ges., Jena 1921.) Wie einerseits die Zwischenzellen Nährstoffe dem samenbildenden Epithel zuführen, so bilden sie mit diesem eine funktionelle Einheit. Als Bildungsort der Sexualhormone sieht B. die Samenmutterzellen an. Das freie Sperma ist nicht von bestimmendem Einfluß auf die Ausgestaltung der Sexuszeichen. Das Geschlecht bestimmt sich nach den Gameten, und unter dem Einfluß der Samenbildungszellen erfolgt auch die Ausprägung der Differentiae sexuales accidentales. Als inkretorischer Anteil des Hodens sind die Samenstammzellen mit den Zwischenzellen aufzufassen. Gebildet werden wohl die Sexualhormone in den Spermatogonien, aber über den Weg der Zwischenzellen werden jene dem Blut als Inkret zugeleitet. Spermatogonien allein ohne Zwischenzellen genügen deshalb oft nicht, um die Sexuszeichen zu erhalten. Die Zwischenzellen allein haben nicht die ihnen von Steinach und anderen vindizierte, inkretorische Rolle. O. Gans-Heidelberg.

Zur Frage der Zwischenzellen, von Carl Sternberg-Wien. (Verhandl. d. D. Path. Ges., Jena 1921.) Die Funktion der Zwischenzellen scheint noch nicht geklärt zu sein. Daß sie mit der Ausbildung der sekundären Geschlechtscharaktere nichts zu tun haben, kann nach dem vorliegendem Material bereits als erwiesen angesehen werden;

Digitized by Google

inwieweit sie trophische Hilfsorgane, kompensatorische Ersatzwucherungen darstellen oder andere Funktionen zu versehen haben, bedarf noch der Aufklärung.

O. Gans-Heidelberg.

Über das Verhalten des menschlichen Hodens bei narbigem Verschluß des Samenleiters, von SIMMONDS-Hamburg. (Verhandl. d. D. Path. Ges., Jena 1921.) Der narbige Verschluß des Samenleiters führt meist nicht zu einer Aufhebung der Spermatogenese. Die produzierten Samenfäden lösen sich auf, wenn der Abfluß völlig gehemmt ist, und werden dann von dem gut entwickelten Lymphgefäßsystem des Hodens resorbiert. Es scheinen die Verhältnisse am Menschen doch anders zu liegen wie beim Tier, und man hat daher alle Ursache, vorsichtig zu sein bei Übertragung der Resultate des Tierexperiments auf die menschliche Pathologie. Der Befund, daß nur in einem von 39 untersuchten Hoden der dauernde Verschluß des Samenleiters von einer deutlichen Zwischenzellenwucherung begleitet war, läßt sich schwer in Einklang bringen mit der von STEINACH und seinen Anhängern aufgestellten Hypothese, daß die nach Samenleiterunterbindung erhöhte Erotisierung auf eine Überfunktion der gewucherten Zwischenzellen zurückzuführen ist. Da liegt es näher, diesem in erster Linie die innere Sekretion des Hodens zuzusprechen und die günstige Wirkung der Unterbindung auf eine erhöhte Resorption der Samenzellenprodukte, in erster Linie also der Spermatozoen zuzückzuführen. S. liegt es indes dabei fern, die Bedeutung der LEYDIG-Zellen für die innere Sekretion ganz in Abrede zu stellen. O. Gans-Heidelberg.

Pathologisch-anatomische Veränderungen der Keimdrüsen bei Konstitutionskrankheiten, insbesondere bei der Pädatrophie, von RUDOLF JAFFÉ-Frankfurt. (Verhandl. d. D. Path. Ges., Jena 1921.) In Hoden von pädatrophischen Kindern findet sich das Bindegewebe nur manchmal vermehrt, manchmal aber direkt spärlich, dabei aber eine mehr oder weniger hochgradige Vermehrung der Zwischenzellen mit reichlichem Fettgehalt. Die Zwischenzellen sind mitunter von kleinen Fetttropfen oder konfluierenden Fettmassen geradezu vollgepfropft. Der Reichtum an Zwischenzellen und besonders ihr Fettgehalt ist also der wesentliche Befund, durch den sich Hoden konstitutionell minderwertiger und speziell pädatrophischer Kinder prinzipiell von normalen Hoden einerseits, von sekundär atrophischen andererseits unterscheiden. J. nimmt an, daß die Zwischenzellen irgend eine bestimmte Funktion im endokrinen Stoffwechsel haben und betont, daß er in den geschilderten Veränderungen keinesfalls einen ätiologischen Faktor für irgend eine bestimmte Erkrankung sehen möchte, vielmehr betrachte er sie nur als morphologischen Ausdruck einer gestörten Funktion.

O. Gans-Heidelberg.

Unterbindungsbefunde am Hoden unter besonderer Berücksichtigung der Pubertätsdrüsenfrage, von TIEDJE-Freiburg. (Verhandl. d. D. Path. Ges., Jena 1921.) Die Zwischenzellen beteiligen sich an dem Stoffwechsel intensiv. Sie speichern zur Spermatogenese notwendige Nährsubstanzen, beteiligen sich aber auch ausgedehnt an den Resorptionsprozessen bei Zerfall von untergehendem, generativem Gewebe. Das Erhaltenbleiben und der Grad der Ausprägung der Geschlechtscharaktere, wie das ganze männliche Verhalten der Tiere — soweit es überhaupt von der Geschlechtsdrüse abhängig ist — hängt von dem spermatogenen Anteil des Hodens und seinen spezifisch zellulären Eiweißsubstanzen ab. Die Unterbindung am Hoden führt jedenfalls zu recht komplizierten Bildern und ist als Beweisführung für die ganze Lehre von der „Pubertätsdrüse" unzutreffend, so daß nach diesen Befunden das Bestehen einer besonderen „Pubertätsdrüse" im Sinne STEINACHS abgelehnt werden muß. O. Gans-Heidelberg.

Die Bedeutung des Interrenalorgans für die Spermiogenese, von ERNST LEUPOLD-Würzburg. (Verhandl. d. D. Path. Ges., Jena 1921.) Bei Maulwürfen ist in der Brunst die Nebennierenrinde reich an Cholesterinen. Mit Abnahme der Cholesterinester in der Nebennierenrinde setzt die Einschmelzung der Samenepithelien ein, welche im Laufe der Zeit zu einer Speicherung von Cholesterinester in den Zwischenzellen führt. Mit der Speicherung der Cholesterinester in den Nebennieren während der Wintermonate werden auch den Hoden die bei ihrer Atrophie verloren gegangenen Cholesterine wieder zugeführt und zum Aufbau der Samenzellen benutzt. Und diese bleiben so lange in ihrem Bestande erhalten, als die Nebennierenrinde eine gewisse Menge von Cholesterinen enthält. Analoge Verhältnisse finden sich an menschlichen Organen. Diese Beobachtungen lassen die Funktion der Zwischenzellen in einem besonderen Licht erscheinen. Sie stehen sicher in enger Beziehung zur Spermiogenese, in ihnen werden die Zerfallsprodukte bei Untergang von Samenzellen abgelagert. Bei gut erhaltenen Samenepithelien findet man immer relativ wenig Lipoide in ihnen,

Digitized by Google

Cholesterinester sind morphologisch nicht oder nur in Spuren nachweisbar. Es kann also die Spermiogenese nur geregelt vonstatten gehen, wenn 2 Bedingungen erfüllt sind: 1. müssen die Lipoide in einem richtigen Mischungsverhältnis in den Zwischenzellen vorhanden sein; 2. ist die Herkunft der Lipoide von ausschlaggebender Bedeutung. Mit Lipoiden, die aus degenerierten Samenepithelien stammen, kann ein normaler Ablauf der Differenzierung der Samenepithelien nicht garantiert werden, sondern es müssen die Lipoide aus dem Blut den Zwischenzellen zugeführt werden. Hierbei arbeiten aber die Zwischenzellen nicht selbständig, sondern eine große Bedeutung für den normalen Ablauf der Spermiogenese hat der Gehalt der Nebennierenrinde an Lipoiden, speziell an Cholesterinestern. Diese wirken als Schutzstoffe für die Samenzellen. Verarmt die Nebennierenrinde an Cholesterinestern, so finden Stoffe, welche schädigend auf die Samenepithelien wirken, wie Toxine, ihren Weg zu diesen und es vermögen die Zwischenzellen dann nicht die Samenepithelien vor Schädigung zu bewahren.

O. Gans-Heidelberg.

Zur Beurteilung der Steinachschen Verjüngungsoperation, von Kurt Mendel-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 34, S. 986—989.) Verf. hält die Pubertätsdrüse Steinachs für hypothetisch. Es ist noch nicht bewiesen, daß die Unterbindung des Vas deferens oder die Unterbindung zwischen Hoden und Nebenhoden die Zwischenzellen neu belebt und die samenspendenden Zellen zurückbildet. Suggestive Einflüsse täuschen den Erfolg bei der Steinachschen Operation vor, ebenso führt Verf. die Erfolge nach Organtherapie auf Suggestiveinflüsse zurück. Gefahren der Steinachschen Operation bestehen in einer Testitoxikose oder in einer durch psychisches Trauma bedingten ungünstigen Wirkung. Mehr Erfolg erwartet Verf. von der Hodentransplantation.

F. Harry-Berlin.

Der Einfluß der Kastration auf Sexualneurotiker, von R. Mühsam, I. Chir. Abt. d. Rud.-Virch.-Krankenhauses Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 6, S. 155—156.) Drei Sexualneurotiker wurden durch die Kastration wieder arbeitsfähig. Die mikroskopische Untersuchung der Hoden ergab in allen drei Fällen keine anatomisch nachweisbaren Abweichungen.

A. de Lemos-Hamburg.

Hodeneinpflanzung bei Prostatismus? von Rohleder-Leipzig. (D. m. W., 1921, Nr. 7, S. 185—186.) Bei einem Teil von Prostatikern des 1. und 2. Stadiums läßt sich durch Organotherapie eine bedeutende Besserung der Beschwerden erreichen. Beim Prostatismus nimmt Verf. eine Störung der gegenseitigen Wechselbeziehungen des Hoden-Zwischengewebshormons (Testikulin) und des Prostatahormons (Prostatin) an. Nun haben die heutigentags vielfach angestellten Versuche mit Organpräparaten und andererseits die Organimplantationen gezeigt, daß die Wirkung dieser zwei Behandlungsarten nicht gleichwertig ist. Der durch chemische Verfahren aus den Keimdrüsen gewonnene Extrakt ersetzt die Originalsekrete der Drüsen selbst keineswegs völlig. Die Transplantation ist von größerem und dauerhafterem Erfolg. Auf Grund dieser Überlegung schlägt R. vor, bei allen den Prostatikern, die auf Organpräparate überhaupt reagieren, die Implantation eines frisch exstirpierten kryptorchen Hodenstückes vorzunehmen, wodurch er die Umgehung der Prostataoperation erhofft.

A. de Lemos-Hamburg.

Über die Rattenräude und ihre Beziehung zu den Steinachschen Verjüngungsversuchen, von J. Fiebiger. (W. kl. W., 1921, Nr. 30, S. 364—366.) Die Ergebnisse von Steinach, an senilen Ratten durch Unterbindung des Samenleiters eine Verjüngung erzielt zu haben, hält der Verf. für nicht erwiesen, da es sich nach den Photogrammen um an Räude erkrankten Versuchstieren handelt, und da die von Steinach als Hauptmerkmale beschriebenen Krankheitssymptome nicht für das Senium charakteristische sind, sondern die Kennzeichen der Räude darstellen; und da an Räude erkrankte Ratten oft auch schwere allgemeine Krankheitssymptome aufweisen, beruht wahrscheinlich das Schwinden der Krankheitssymptome nicht auf einer Verjüngung, sondern auf einer Heilung der Räude.

E. Hornemann-Lüneburg.

Ist Steinachs Lehre von der Funktion der Leydigschen Zellen zwingend? von J. Kyrle-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 34, S. 1018 und Nr. 35, S. 1050.) Steinach gegenüber beruft sich K. auf die Erscheinungen, welche an den Hoden durch schwere Infektionskrankheiten (Typhus, Pneumonie) hervorgerufen werden, wobei zunächst das Kanälchenepithel degenerative Vorgänge aufweist; haben diese Vorgänge einen hohen Grad erreicht, so stellt sich mit Gesetzmäßigkeit eine Wucherung der Zwischenzellen ein; im selben Ausmaß aber als das Kanälchenepithel in Ordnung kommt, bildet sich die Zwischensubstanz wieder zurück. Diese Vermehrung der Leydigschen Zellen ist

Digitized by Google

jedoch immerhin nicht beweisend für ihre innersekretorische Funktion, denn auch atrophische Hoden, die nicht mehr in der Lage sind, Sperma zu erzeugen, sind noch lange nicht als völlig insuffiziente, ihren sonstigen biologischen Aufgaben in keiner Weise mehr zu erfüllen befähigte Gewebsmassen anzusehen; denn sie enthalten immer noch Kanälchenbildungen mit Epithelarten, die gewisse funktionelle Qualitäten besitzen. Wo nach Krankheit oder auf experimentellem Wege die Kanälchen tatsächlich völlig vernichtet sind, da ist auch die Zwischensubstanz zugrunde gegangen. K. faßt (ähnlich wie Plato und Friedmann) die Zwischensubstanz als ein trophisches Hilfsorgan des Kanälchenepithels auf. Sie ist gewissermaßen ein vorbereitendes Organ für dieselben und findet sich in um so geringerem Maße, als die Epithelien an sich gut entwickelt und leistungsfähig sind. Wo durch eine Läsion eine dauernde Störung der normalen Spermatogenese bewirkt ist, hat die Zwischensubstanz die Aufgabe, den Ablauf der pathologischen Spermatogenese, des Äquivalentes der physiologischen Samenbildung, zu schirmen und zu sichern. Sie soll aber nicht nur das vom übriggebliebenen Samenepithel noch beanspruchte Nährmaterial aus dem Komplex der Stoffwechselprodukte herausholen und für dasselbe bereitstellen, sondern auch das überschüssige Angebot verarbeiten und in Verbindungen umsetzen, die als unschädliche Schlacke oder als für anderweitige Verwendung reife Produkte abtransportiert werden können. Das Kanälchenepithel ist aber in jeder Hinsicht das ausschlaggebende Moment auch für die sekundären Geschlechtsmerkmale, wie sich aus den weiteren hier angeführten Beobachtungen beim Menschen und in der Tierwelt ergibt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Methoden der Spermatozoen-Untersuchung bei der Diagnose und Behandlung der Sterilität (Methods of Examining for Spermatozoa in the Diagnosis and Treatment of Sterility), von Max Huhner-New York. (New York m. J., 1921, Bd. 113, Nr. 13.) Entnahme entweder aus einem möglichst bald nach dem Koitus mitgebrachten Kondom oder durch unmittelbare Entnahme aus den weiblichen Genitalien. Normales Sperma muß große Mengen lebender Spermatozoen enthalten. Größere Mengen Böttcherscher Kristalle können nur bei toten oder fehlenden Spermatozoen vorhanden sein. Findet man zwar keine lebenden jedoch abgestorbene Spermatozoen, so ist damit bewiesen, daß die Sterilität nicht auf einer Obstruktion in der Epididymis oder dem Vas deferens beruht. Die Feststellung der speziellen Art der Bewegung (es sind von anderer Seite fünf verschiedene, teils normale, teils abnormale Typen der Bewegung aufgestellt worden) liefert keine einwandfreien Resultate. Der wirkliche Befruchtungswert des Spermas ist jedoch viel besser durch die zweite, von dem Verf. eingeführte aus den weiblichen Genitalien zu erbringen. Er nimmt zunächst mittels einer Pipette möglichst bald nach dem Koitus Sekret aus der Zervix; Spermatozoen in ihm bewiesen, das seitens des Mannes keine Störungen der Ejakulation und seitens der Frau keine Störungen bezüglich der Aufnahme des Samens bestehen. Finden sich tote Spermatozoen, so ist ein Vergleich mit dem Kondomsamen erforderlich, um zu sehen, ob eine krankhafte Absonderung des Mannes vorliegt, oder ob vielleicht ein gesunder Samen durch ein krankhaftes Scheidensekret der Frau verändert wird; Spülungen mit Natr. bicarbon. unmittelbar vor dem Verkehr können dann bei einer wiederholten Untersuchung lebende Spermatozoen bewirken und auch für die Behebung der Sterilität genügen. Fehlen Spermatozoen völlig, während sie im Kondom vorhanden sind, so kann es sich um fehlerhafte Ejakulation des Mannes oder um Störungen von seiten der Frau handeln (Lageveränderungen der Gebärmutter). Ferner wird einige Tage nach dem Verkehr Sekret aus dem Fundus uteri entnommen; Befund lebender Spermatozoen ist von großem Wert, er kann dafür sprechen, daß bei beiderseitigem völlig normalen Zeugungsvermögen es infolge einer gewissen Disharmonie nicht zu einer Befruchtung kommt. Bei der Entnahme ist große Vorsicht erforderlich, besonders sind Blutungen zu vermeiden. Schließlich kann man sich Spermas auch durch Massage der Prostata und Ausdrücken der Samenblasen verschaffen, doch ist Fehlen lebender Spermatozoen nicht beweisend für Sterilität. Aspiration von Sekret aus dem Hoden kann vielleicht vor zwecklosen Operationen bewahren. E. Levin-Berlin.

Über eine eigenartige Hodengeschwulst bei einem Kinde mit traubenmolen- und chorionepitheliomartigen Wucherungen, von Joh. Volkmann-Braunschweig. (Virch. Arch., Bd. 229, H. 3, S. 362—381.) Hodentumor angeblich nach Trauma wird entfernt. Nach einem halben Jahr Rezidiv. Operation. Röntgen. Nach drei Monaten Exitus. Keine Sektion. Es handelte sich um ein solides Embryom, in dem das ektodermale Gewebe in den Vordergrund getreten ist und sich karzinomatös entwickelt hat. Es nähert sich der atypischen Form des Chorionepithelioms. F. Zimmern-Hamburg.

Digitized by Google

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Über funktionelle Nierendiagnostik, von L. Casper. (Zschr. f. Urol., 1921, H. 8, S. 330—342.) Referat über die Bedeutung der funktionellen Nierendiagnostik und Ureterenkatheterisation für den Chirurgen. Die vom Verf. und Richter vor 20 Jahren eingeführten Methoden bestehen bis jetzt, anerkannt von allen.
E. Hornemann-Lüneburg.

Die funktionelle Nierendiagnostik, von Fr. Richter-Berlin. (Zschr. f. Urol., 1921, H. 8, S. 317—329.) Referat über die Bedeutung der funktionellen Diagnostik für die inneren Nierenkrankheiten. Nach Ansicht des Verf. fehlt eine exakte Methode der Bestimmung der Nierenfunktion und eine sichere Unterscheidung der renalen und extrarenalen Faktoren der Niere. Der größte Gewinn der funktionellen Nierendiagnostik liegt auf dem Gebiete der Therapie. E. Hornemann-Lüneburg.

Über tiefsitzende Harnleitersteine, von I. Vogel-Wildungen. (B. kl. W., 1921, Nr. 22, S. 577.) Die Röntgenaufnahme ist für die Vollständigkeit der Diagnose unerläßlich. Die Entfernung der Steine auf unblutigem Wege erfolgt am besten durch Einführung des Katheters bis an das Hindernis und Einspritzung von sterilem Öl oder Glyzerin. Das klassische Verfahren für die operative Entfernung ist die Freilegung auf lumbo-abdominalem und extraperitonealem Wege. Ragt der Stein mit einem Teil in die Blase, so ist die Erweiterung der Harnleiterpapille durch Einschnitt angezeigt.
G. Heymann-Elbing.

Operation wegen Fremdkörper unbekannter Herkunft im Harnleiter, von F. Schlaginweit-München. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1921, Bd. 122, H. 2, S. 333.) Neben einem Harnleiterstein fand sich bei der Operation ein bereits vorher im Röntgenbilde zur Darstellung gekommenes Stück Draht, dessen Herkunft nicht feststellbar und unerklärlich war. M. Rehbein-Hamburg.

Liefert der Ureterkatheter stets den unvermischten Urin einer Niere? von Pflaumer-Erlangen. (Zschr. f. Chir., 1921, Nr. 28, S. 995.) Mitteilung der empirisch festgestellten Tatsache, daß aus dem Ureterkatheter sehr oft Blaseninhalt mit abtropft. Zur Vermeidung wird empfohlen, nach Einführen der Harnleitersonde die Blase zu entleeren und zur Kontrolle etwas Indigokarmin nachzufüllen. M. Rehbein-Hamburg.

Zur internen Behandlung der katarrhalischen Erkrankungen der Harnwege, von W. Giese-Berlin. (Allg. med. Zentral-Ztg., 1921, Nr. 39, S. 230—231.) Verf. empfiehlt bei Koliinfektionen der Harnwege als entzündungshemmendes, gut bewährtes Mittel Urocalciril in Tabletten (3—4mal tgl. 2 Tabl.), eine Verbindung von Kalziumchlorid und Hexamethylentetramin. Bei tuberkulösen und blennorrhoischen Erkrankungen keine, bei staphylogenen geringe Wirkung. E. Langer-Berlin.

Der Mechanismus der Mutaflorwirkung bei Koliinfektionen der Harnwege, von Nissle-Freiburg i. B. (M. m. W., 1921, Nr. 31, S. 981.) Mutaflor enthält antagonistisch hochwertige Kolibakterien. Es wirkt durch Säuberung von anderen Bakterien, welche antagonistisch minderwertig, bzw. pathogen sind. A. v. Notthafft-München.

Weiteres über Mutaflor bei Koliinfektion der Harnwege, von Rörig-Wildungen. (M. m. W., 1921, Nr. 31, S. 980.) Mutaflor hat sich bei nicht komplizierten Kolikatarrhen der Harnwege als Heilmittel erwiesen, wenn es zweckmäßig und in genügender Weise verabreicht wird. Bei gröberen Veränderungen unterstützt es die chirurgische Behandlung. Rörig gibt nach 1—2tägigem Ansteigen tgl. 3—4 Kapseln, entweder insgesamt morgens nüchtern oder je zweimal vor Frühstück und Abendbrot. Dauer 4—6 Wochen.
A. v. Notthafft-München.

Infizierte Hydronephrose in einer Hufeisenniere von ungewöhnlicher Form, von F. Karewski-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 34, S. 989—990.) Verf. beschreibt einen Fall von Verschmelzung der oberen Pole beider Nieren, deren eine hydronephrotisch entartet war. Durch eine Blennorrhoe war die Sackniere infiziert und in der anderen Niere eine Pyelitis hervorgerufen worden. F. Harry-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

25. Februar 1922 | Nr. 8 | Band 74

Aus der deutschen dermatologischen Universitätsklinik in Prag
(Vorstand: Prof. K. Kreibich).

Multiple Hautgeschwüre bei funktioneller Anästhesie.

Von

Dr. Erwin Pick.

Die Tatsache, daß multiple Hautgeschwüre unter dem Bilde der neurotischen Gangrän häufig bei nervösen und hysterischen Personen vorkommen, ist hinlänglich bekannt. Die Frage, ob es sich im einzelnen Falle um spontane trophoneurotische Erkrankung oder um artefizielle Schädigung der Haut handelt, ist nicht immer mit Sicherheit zu beantworten, da der Nachweis des Artefaktes häufig trotz allen Bemühungen nicht erbracht werden kann. Es ergeben sich jedoch bei kritischer Berücksichtigung aller Momente in einzelnen Fällen Gründe, welche die Annahme eines Artefaktes nahelegen. Im folgenden soll über einen solchen Fall berichtet werden.

Der 44jähr. Eisendreher B. G. wird vom Kassenarzt der Klinik überwiesen, da er sich wegen einer rezidivierenden Hautkrankheit bereits 9 Monate im Krankenstande befindet. Anamnese 29. XII. 1921: Pat. war früher immer gesund, arbeitete bereits 30 Jahre in demselben Eisenwerk. Am 2. III. 1922 erlitt Pat. eine etwa fünfkronenstückgroße Verbrennung mit heißem Pech auf dem rechten Handrücken (Mittelhand zwischen I. und II. Metakarpus). Damals trat eine Brandblase und darunter ein Geschwür auf, dessen Heilung 3 Monate dauerte. 14 Tage nach der Heilung traten zuerst am Handrücken, später auch am Unterarm runde, rote, entzündliche Flecke auf, die sich in flache Blasen verwandelten, unter welchen Geschwüre zum Vorschein kamen. Seither treten immer wieder solche Herde auf, oft 2—3 zugleich, ihre Heilung dauert etwa 14 Tage. Zuletzt sind sie vor etwa 10 Tagen aufgetreten.

Status praesens: Mittelgroß, kräftig gebaut. Intern o. B. Rachen- und Kornealreflex stark herabgesetzt. Die Finger der rechten Hand mit Ausnahme des Daumens in Beugekontraktur. Auf dem leicht geröteten Handrücken über der Mitte des II. Metakarpus ein etwa kronenstückgroßer, unregelmäßig begrenzter, flacher Substanzverlust, der im Zentrum eitrigen Belag, in der Peripherie rote Granulation und am Rande grauweißen Epithelsaum zeigt. Über der Mitte und am distalen Ende des IV. Metakarpus je ein etwa hellergroßer ähnlicher Herd, ein etwas größerer über der Mitte des V. Metakarpus. An der ulnaren Fläche des rechten Unterarmes im unteren Drittel ein etwa kronenstückgroßer Herd, der scharfen Rand und hypertrophische Granulationen zeigt, ein zweiter, etwas kleinerer Herd in gleicher Höhe auf der Beugeseite des Unterarmes, mit breitem Epithelsaum sowie Epithelinsel im Zentrum. Auf der Haut der Streckseite des Unterarmes zahlreiche linsengroße, zum Teil keloidartige Narben, daneben drei über kronenstückgroße, die ganz unregelmäßig, zackig-polygonal begrenzt sind.

Sensibilitätsprüfung: Totale Anästhesie für taktile, Schmerz- und Kältereize, bei erhaltener Wärmeempfindung und tiefer Sensibilität im unteren Drittel des rechten Oberarmes, Unterarm und Hand. Motorische Nerven intakt, keine Entartungsreaktion.

Therapie: Vaselinverband unter Stärkebinde.

Der Umstand, daß das von der Sensibilitätsstörung befallene Gebiet weder einem Rückenmarksegment noch einem einzelnen peripheren Nerven entsprach, mußte im Verein mit dem scheuen, verschlossenen Wesen des Pat. den Verdacht einer funktio-

Digitized by Google

nellen Störung nahelegen. Tatsächlich ergab ein suggestiv-therapeutischer Versuch ein promptes Resultat:

Leichte faradische Reizung des rechten Unterarmes am 4. I. 1922. Am nächsten Tag ist die Sensibilität in dem befallen gewesenen Gebiet in allen Qualitäten normal, Pat. macht spontan Handbewegungen, während die Hand früher in halber Beugestellung gehalten wurde, auch Faustbildung ist möglich geworden. Nach weiteren 5 Tagen sind alle Herde epithelisiert, Pat. wird ohne Verband belassen, ohne daß neue Herde auftreten. Am 13. I. 1922 wünscht Pat. die Arbeit wieder aufzunehmen und wird entlassen.

Es handelt sich also um einen Fall von männlicher Hysterie mit multiplen Geschwüren an der rechten oberen Extremität, die im Anschluß an ein geringfügiges Trauma auftreten und sechs Monate lang rezidivieren. Eine partielle Anästhesie (bei erhaltener Wärmeempfindung) wird durch einmalige leichte faradische Reizung zum Verschwinden gebracht, die Geschwüre heilen ab.

Die ganz unregelmäßige, zackige Begrenzung der Narben nach früheren Geschwüren, das sofortige Sistieren der Geschwürsbildung nach Beginn des Spitalaufenthaltes, sowie die bestehende Hysterie weisen in diesem Falle auf das Vorliegen einer artefiziellen Hautschädigung hin.

Die Frage, ob der Pat. sich diese Schädigung absichtlich beigebracht hat oder ob zufällige Traumen der anästhetischen Haut als Ursache anzunehmen sind, war im vorliegenden Falle nicht mit Sicherheit zu entscheiden; sie ist jedoch von geringer Bedeutung, da aus den oben angeführten Gründen die Hautveränderung jedenfalls auf eine externe Ursache zurückgeführt werden mußte und in keiner Richtung den Eindruck einer spontanen trophoneurotischen Erkrankung machte.

Aus der dermatologischen Klinik (Direktor: Prof. Rille) und aus dem Laboratorium für angewandte Chemie und Pharmazie der Universität Leipzig (Direktor: Geh.-Rat Paal).

Beiträge zur Kenntnis der in der dermato-venereologischen Praxis gebräuchlichen Balsamika.

Von

Priv.-Doz. Dr. Ernst Deussen.

(Fortsetzung.)

XI. Matikoöl.

Geschichtliches.

Matikoblätter scheinen in Südamerika (Brasilien, Peru und anderen Gegenden) schon von alters her ein beliebtes und geschätztes Volksheilmittel zu sein; in Europa wurden sie erst um 1830 bekannt. Die Droge führt in ihrem Ursprungslande außer Matiko auch folgende Namen: Mateka, Thoho-Thoho und Herva de soldado (= Soldatenkraut). Die letztere Bezeichnung erhielt sie wegen ihrer blutstillenden und heilkräftigen Eigenschaften. Infolge der Londoner Ausstellung im Jahre 1851 fand die Droge Aufnahme in dem französischen Arzneischatz. In Frankreich sowohl wie in England wurde sie von vielen Ärzten verordnet, besonders gegen Aus-

Digitized by Google

flüsse verschiedener Art, wie Gonorrhoe, Leukorrhoe u. a.; später (um 1886) wurde sie (namentlich in Frankreich) in marktschreierischer Weise als Mittel gegen Syphilis angepriesen. Die Verwendung der Blätter und des daraus gewonnenen ätherischen Öles hat in letzter Zeit abgenommen, auch in Deutschland — wohl infolge der Unsicherheit in der Beschaffenheit des Blattmaterials.

Botanisches.

Der botanische Namen der echten Matikopflanze, die einen Strauch bildet, ist Piper angustifolium Ruiz et Pavon (Arthante elongata Mig.), zu den Piperazeen gehörig und in Kolumbien, Venezuela, Brasilien, Peru, Bolivien und auch auf Kuba heimisch. Dorvault führt als synonym mit Piper angustifolium Steffensia elongata und Piper elongatum an; inwieweit dies zutrifft, läßt sich nicht feststellen. Jedenfalls gibt es in Südamerika verschiedene Piperarten, deren Blätter denen von P. angustifolium R. et P. sehr ähnlich sind (Thoms). Auch das im Handel befindliche Blattmaterial bildet recht häufig ein wechselndes Gemenge von Blättern verschiedener Piperarten, von denen Gilg und Casimir de Candolle außer P. angustifolium R. et P. folgende nachweisen konnten (Thoms):

Piper camphoriferum C. DC.	Piper acutifolium R. et P. var. subverbascifolium
„ lineatum R. et P.	„ mollicomum Kunth
„ angustifolium var. Ossanum C. DC.	„ asperifolum R. et P.

In der Thomsschen Arbeit werden die Blätter einiger der oben genannten Piperarten beschrieben:

P. camphoriferum C. DC. Sie sind eilanzettlich bis schmal lanzettlich, sehr kurz gestielt, glanzlos auf Ober- und Unterseite, dünnhäutig, ohne Behaarung, die Fiedernerven sind stark längsverlaufend.

P. lineatum R. et P. Die Blätter sind eilanzettlich, nicht schmal lanzettlich, ansehnlich gestielt, auf beiden Seiten glänzend, graugrün gefärbt, dünnlederig, auf der Unterseite, besonders an den Nerven, ziemlich dicht mit langen weißen Haaren besetzt. Die Fiedernerven entspringen unten aus den Mittelnerven, sind längsverlaufend und zueinander parallel.

P. angustifolium var. Ossanum C. DC. Die Blätter sind lanzettlich, ansehnlich gestielt, beiderseits schwach glänzend, von grüner Farbe, lederig brüchig. Die Oberseite der Blätter ist mit kurzen, an der Basis verdickten starren Haaren dicht besetzt. Diese verleihen dem Blatte eine auffallende Rauheit. Auf der Unterseite befinden sich lange weiße Haare, aber nicht so starre und dichte Besetzung. Auch sind die Haare nicht auf die Nerven beschränkt. Die Anheftung der Fiedernerven ist eine ähnliche wie bei P. camphoriferum.

P. acutifolium R. et P. var. subverbascifolium.

a) Blattbasis ungleich. Die Blätter sind groß, eiförmig und lang zugespitzt. Blattbasis ungleichseitig entwickelt; die eine Blatthälfte kurz abgerundet, die andere zu einem großen abgerundeten Lappen entwickelt. Das Blatt ist stark bullat (d. h. blasig aufgetrieben, D.), beiderseits matt, d. h. ohne Glanz, auf beiden Seiten ziemlich dicht mit kurzen weißen Haaren besetzt; Farbe graugrün, Fiedernerven stark, Venen außerordentlich engmaschig.

b) Blattbasis herzförmig. Die Blätter sind denen unter a beschriebenen durchaus ähnlich und nur an der Blattbasis verschieden, welche herzförmig ist. Casimir de Candolle ist der Ansicht, daß es sich hier um untere Blätter nichtblühender Exemplare von P. acutifolium R. et P. var. subverbascifolium handelt.

Das Blattmaterial der echten Matikopflanze (P. angustifolium R. et P.) beschreibt Casimir de Candolle nach Thoms (1909) folgendermaßen:

Die Blätter sind denen von Piper elongatum Vahl ähnlich, eilanzettlich, mit deutlich ausgebildeten Blattstielen, an der Basis schwach ungleichseitig entwickelt, schwach bullat, oberseits sehr dicht mit winzigen Haaren besetzt, unterseits weichfilzig behaart, häutig, nicht glänzend; Farbe dunkelgrün.

Diese Beschreibung des echten Matikoblattes möge auch durch die von Marmé (1886) gegebene und durch die kurze von Dorvault (1893) ergänzt werden.

Digitized by Google

Marmé beschreibt die Blätter als länglich eiförmig, 10—20 cm lang und 4 cm breit, dicklich, starr und zerbrechlich, oben zugespitzt, am Grunde ungleich herzförmig oder ungleich abgerundet, kurz und dick gestielt; die Blattspreite ist am Rande stumpf gekerbt, oberseits dunkelgrün, gewölbt, kleinrunzelig und rauh durch kurze spitze Haare, unterseits graufilzig; im durchfallenden Licht erscheint die Blattspreite drüsig punktiert. Vom Primärnerv gehen unter spitzem Winkel Sekundärnerven ab, welche ebenso wie der Primärnerv besonders unterseits stark hervortreten und bogenförmig meist zum Blattrande streben. Die beiden obersten Sekundärnerven verlaufen bis in die Blattspitze. Zwischen den Sekundärnerven bilden tertiäre und quartäre Nerven, die unterseits scharf hervortreten, kleine polygonale und fast quadratische Maschen.

Nach Dorvault ähneln die Matikoblätter den Fingerhutblättern, besitzen stark ausgeprägte Blattrippen, erreichen eine Länge von 5—20 cm und eine Breite von 3—4 cm und haben einen Geruch, der an Kubeben und an Minze zugleich erinnert; der Geschmack ist herbe und bitter.

Ausfuhr. Das Blattmaterial kommt oftmals nicht in der gewünschten Reinheit in den Handel, sondern vermischt mit zerstoßenen Blütenkolben und mit Stengelresten; es wird fest in Ballen (10 kg schwer, nach Dorvault) verpackt, diese werden mit Fellen oder Häuten umwickelt und größtenteils aus Peru, aber auch aus Bolivia ausgeführt, und zwar hauptsächlich aus dem Hafen von Arica (Grenze von Chile und Peru) und über Panama.

Beschaffenheit der Matikoblätter des Handels. Schon in den 90er Jahren des vor. Jahrh. beobachteten Schimmel & Cie. in der Zusammensetzung des Matikoöles eine langsame, aber deutlich erkennbare Änderung, der Grund hierfür wird vielleicht an dem benutzten Blattmaterial gelegen haben. Wie aus obigem ersichtlich ist, gibt es ja mehrere Piperarten, deren Blätter unter dem Sammelnamen Matikoblätter in den Handel gebracht werden und die im Aussehen recht ähnlich sind. Diese Verhältnisse wurden im Laufe der folgenden Jahre bis in die Neuzeit hinein nicht besser. Dies beweisen u. a. die obigen Angaben von Thoms, Gilg und de Candolle (1904—1909). Nach den Untersuchungen von Weigel (1908) haben die jetzt im Handel befindlichen Blätter das Aussehen von Matikoblättern, sie sind aber 18—20, ja bis 25 cm lang und 12—15, auch bis 18 cm breit, mit kräftigem, stark filzigem Stiele versehen, weniger zugespitzt als die früheren handelsüblichen Blätter von Piper angustifolium R. et P.; die Blattform ist jetzt mehr eiförmig oder umgekehrt herzförmig, auch der Geruch ist von dem der früheren Blätter verschieden, sie besitzen nicht mehr den charakteristischen Matikogeruch, sondern einen salbeiähnlichen. Amerikanischen Berichten zufolge sollen diese Blätter von Piper Mandoni D. C., einer in Peru heimischen Piperart, stammen.

Über die Inhaltsstoffe der Matikoblätter ist, abgesehen vom ätherischen Öle, nicht viel bekannt geworden. Dorvault gibt nur kurz an, daß in den Blättern ein Bitterstoff, Matizin genannt (nach J. Hodges), und eine kristallinische Säure, J. Marcottes l'acide arthantique, aufgefunden wurden, außerdem Tannin, Harz, Chlorophyll, Farbstoffe und Salze. Marmé nennt Acide arthantique Arthantasäure. Das ätherische Öl wird wie üblich durch Destillation mit Wasserdampf aus den Blättern gewonnen.

Bestandteile des Matikoöles.

a) Nach den früheren Untersuchungen bis 1904.

Bis etwa gegen Ende des vor. Jahrhunderts wurde das Öl in einer Ausbeute von durchschnittlich 2,7% (Marmé) gewonnen, genauer 1—3,5% (Gildemeister-Hoffmann); seit Anfang dieses Jahrhunderts ist die Ausbeute auf 3—6% gestiegen. Während früher das Öl ein wenig spezifisch leichter als Wasser (d = 0,93—0,99) war, stieg die Dichte in der Neuzeit über 1,0. So ist es auch nicht zu verwundern, wenn die älteren und neueren Angaben über die Zusammensetzung des Öles wenig übereinstimmend lauten, z. B. über das Vorkommen des schön kristallisierenden Matikokampfers von Flückiger, der in neueren Ölen nicht mehr aufgefunden wurde. Nach Thoms hat dieser Körper die Zusammensetzung $C_{15}H_{26}O$ und die Eigenschaften eines Sesquiterpenalkohols (Sm.-P. 94° und $[\alpha]_D = -18.73°$). Löslich ist er in Weingeist, Äther, Chloroform, Benzol, Petroläther, spaltet mit 25%iger Schwefelsäure Wasser ab und geht hierbei in ein Sesquiterpen ($C_{15}H_{24}$) über, das durch geringe farbige Verunreinigungen blau erscheint; die Blaufärbung ist wahrscheinlich auf die Anwesenheit geringer Mengen Polymerisations-

Digitized by Google

produkte des Sesquiterpenmoleküls zurückzuführen (vgl. hierzu die Angaben Semmlers, Bd. 69 [1919], S. 703). In der Folgezeit wurden in den verschiedenen Handelsölen Asaron, $C_6H_2(OCH_3)_3C_3H_5$, ein Trioxyallylbenzoltrimethyläther vom Sm.-P. 62° (Schimmel & Cie., 1898); Cineol, $C_{10}H_{18}O$, und Petersilienapiol, $C_{12}H_{14}O_4$ (s. w. u.) aufgefunden; der von Fromm und van Emster entdeckte Matikoäther hat sich, wie Thoms nachwies, als eine nicht einheitliche Verbindung herausgestellt.

b) Neuere Untersuchungen von 1904 an.

Während früher das spez. Gewicht regelmäßig niedriger als 1,0 gefunden wurde und die optische Drehung eine schwache Rechtsdrehung zeigte, machte sich in der Neuzeit ein erhebliches Schwanken in den gesamten Werten bemerkbar: $\alpha_{15}=0{,}940$ bis 1,135 und $\alpha_{1\,dcm}=-27{,}47$ bis $+5{,}57°$. Dementsprechend ist auch das Lösungsvermögen in Weingeist; die Öle sind teils löslich in 3 Volumenteilen 80%igen Weingeistes, teils erst in 25 und mehr Volumenteilen (Gildemeister-Hoffmann). Auf Grund ausgedehnter systematischer Versuche mit botanisch gut gekennzeichnetem Blattmaterial zeigte Thoms, daß das Schwanken in der Zusammensetzung der Matikoöle in allererster Linie auf die verschiedene, oft wechselnde Beschaffenheit des verarbeiteten Blattmateriales zurückzuführen ist; es werden hierzu mehrere Piperarten benutzt, deren Blätter, wie oben erwähnt, eine gewisse Ähnlichkeit mit denen der echten Matikopflanze von Piper angustifolium R. et P. besitzen. Was die Untersuchungen von Thoms über Matikoöle, die aus einheitlichem Blattmaterial destilliert waren, an Bemerkenswertem ergaben, ist in folgendem zusammengestellt.

Matikoöle.

Aus einheitlichem Blattmaterial.

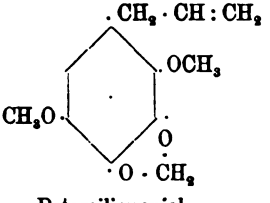
1. Piper angustifolium R. et P. (echte Matikopflanze). Ölmuster a (aus den sog. schweren [d. h. den hochsiedenden] Anteilen bestehend).

Das Öl war schwach gelbbraun und hatte $d_{16}=1{,}1343$. Der größere Teil der niedriger siedenden Fraktionen des Matikoöles ist darin nicht enthalten, deswegen auch die Bezeichnung „schwere Anteile", d. h. die hochsiedenden mit hohem spez. Gewichte.

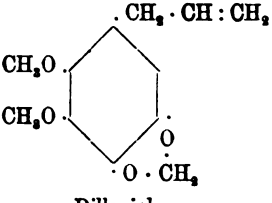
Bei der fraktionierten Destillation unter Atm.-Druck im CO_2-Strome zeigte dieses Öl folgendes Verhalten:

Fr.	Sd.-Temp.	Menge
1.	bis 270°	2%
2.	270—282°	17%
3.	282—286°	46%
4.	286—288°	20%
Harzrückstand		15%

Der dem Matikoöle eigene Geruch war nur in den ersten beiden Fraktionen wahrnehmbar. Den Hauptbestandteil des Öles bildete ein Gemisch zwei isomerer Phenoläther, $C_{12}H_{14}O_4$; des Petersilienapiols[1]) und des Dillapiols, denen folgende Formeln nach Thoms zukommen:



Petersilienapiol



Dillapiol

Der Gehalt an Dillapiol überwog den an Petersilienapiol. Außer diesen Phenoläthern enthielt das Öl noch einen Kohlenwasserstoff (Sd.-Temp. $_{13\ mm}=121$—130°, bei —18°

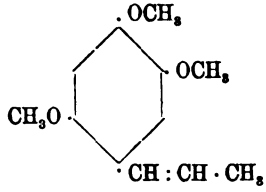
[1]) Im Samen von Apium-Petroselinum enthalten.

Digitized by Google

kristallinisch erstarrend) und einen Phenoläther unbekannter Zusammensetzung (Sm.-P. der Bromverbindung 123—124°). — Asaron und Matikokampfer waren nicht nachweisbar.

Ölmuster b (die gesamten aus dem Blattmaterial destillierten Anteile enthaltend).

Dieses Öl zeigte einen Gehalt von rund 10% Asaron (Sm.-P. 60—61°, aus Weingeist), das bereits 1898 von Schimmel & Cie. als ein Bestandteil des Matikoöles nachgewiesen wurde; die Formel für Asaron ist folgende:



Asaron

Das Asaron wurde zum größeren Teile (etwa 6%) aus dem Ursprungsöle durch Kältewirkung abgeschieden. An weiteren Bestandteilen enthielt das Öl noch ein nicht näher charakterisiertes Gemisch von Monoterpenen, $C_{10}H_{16}$ vom Sdp. 56—57$_{14\ mm}$ und Zineol, $C_{10}H_{18}O$, identifiziert durch Überführung in Zineolsäure v. Sm.-P. 196,5°.

Geringe Mengen Säuren und Phenole wurden nach dem Ausschütteln des Öles mit 2% Kalilauge noch aufgefunden; Apiole waren nicht nachweisbar.

2. Piper camphoriferum C. DC.

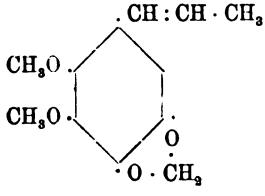
Das Öl dieser Blätter ($d_{20}=0{,}9500$ und $\alpha=+19{,}35°$) enthielt außer Säuren und Phenolen unbekannter Zusammensetzung d-Kampfer (Japan-Kampfer), $C_{10}H_{16}O$, und Borneol, $C_{10}H_{17}OH$, in einem Mengenverhältnisse zueinander von (vermutlich) zwei Teilen Kampfer und einem Teile Borneol; Kampfer wurde durch sein Oxim (Sm.-P. 118—119°), Borneol durch sein Phenylurethan $CO\begin{matrix}-NHC_6H_5\\-OC_{10}H_{17}\end{matrix}$ (Sm.-P. 137$^3/_4$°) identifiziert. Außer den genannten Verbindungen wurde noch ein Sesquiterpenalkohol, $C_{15}H_{24}O$, nachgewiesen.

3. Piper acutifolium R. et P. var. subverbascifolium.

a) Blattbasis ungleich. Thoms erhielt aus diesem Blattmaterial ätherisches Öl in einer Ausbeute von 0,8%: $d_{20}=1{,}10$ und $\alpha=+0{,}40°$. Die Siedeverhältnisse waren folgende:

Fr.	Sd.-Temp. bei 15 mm	Menge
1.	70—148°	5%
2.	148—153°	11%
3.	153—160°	80%
Harzrückstand etwa		2%

An Bestandteilen nennt Thoms folgende: in der 1. Fraktion Pinen, $C_{10}H_{16}$ (als Pinennitrosochlorid $C_{10}H_{16}NOCl$), in der 2. Fraktion ein Sesquiterpen $C_{15}H_{24}$ v. Sdp. 147—149°$_{12\ mm}$ und in der 3. Fraktion Dillapiol zu rund 79%, identifiziert durch seine bei 110° schmelzende Tribromverbindung. Durch öftere Destillation des Dillapiols über met. Natrium ging Dillapiol nach Thoms in das isomere Isoapiol (Dillisoapiol) über, dem nach den Untersuchungen von Ciamician und Silber[1]) die nachstehende Formel zukommt:



Dillisoapiol

[1]) Ber. d. D. chem. Ges., 1896, 29, 1800.

Digitized by Google

(Fortsetzung des Inhalts von Seite II.)

F. Gumbrecht. Prophylaxe der Infektionskrankheiten. S. 193.
A. Ehringhaus. Das Mikroskop, seine wissenschaftlichen Grundlagen und seine Anwendung. S. 193.
M. T. Schnirer. Taschenbuch der Therapie. S. 194.

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat. d) Nieren, Ureteren, Harn. S. 194. e) Weibliches Genitale. S. 195. — Sexual-Pathologie und -Hygiene. S. 196. — Verschiedenes. S. 197. — Anatomie und Physiologie der Haut. S. 197.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Vortragsreihe über Strahlentherapie für Dermatologen. S. 200. — Personalien. S. 200.

Autorenregister.

(* bedeutet Originalartikel.)

Ahlwede 186.
Arzt 189.
Benthin 195.
Bergel 193.
Bing 191.
Björling 188.
Bloch 186.
Carol 189.
**Deussen 178.*
Duerk 187.
Dujardin 187.
Edel 188.
Ehringhaus 193.
Erdman 187.
Finger 192.
Friedländer 195.
Fruhaud 195.
Goodman 187.
Greenberg 187.
Gröttrup 200.
Gruber 191.
Gsell 192.
Gumbrecht 193.
Hasebrock 198.
Hasselmann 195.
Hawkins 186.
Heller 190.
Hornung 194.
Jacobson 185.
Jamin 188.
Jefferson 185.
Kauffmann 197.
Keane 185.
Kiernau 186.
Kirsch 197.
Klienenberger 186.
Konrich 196.
Kossmann 196.
Krieg 200.
Langowski 192, 193.
Loewenstein 192.
Mac Gowan 186.
Marchand 198.
Marchildon 186.
Martin 185.
May 197.
Michelson 190.
Molnar 194.
Mouradion 187.
Müller 196.
Neufeld 196.
Padgelt 185.
Papegaay 188.
Paulsen 197.
Pautrier 188.
Péterfi 197.
**Pick 179.*
Pinkus 192.
Pomaret 186.
Posner 200.
Przibram 199.
Reenstierna 185.
Regendanz 198.
Ricker 198.
Rinserna 188.
Rumpel 200.
Runeberg 194.
Scharfe 192.
Schnirer 194.
Schröder 195.
Seelmann 195.
Sprüss 190.
Staemmler 198.
Strandberg 190.
Theodor 190.
Thorek 186.
Toomey 187.
Unna 189.
Whiteside 185.
Winter 196.
Zeisse 196.
Zimmermann 194.

Trypaflavin-Verbandstoffe

zeichnen sich vor Jodoform- und den anderen üblichen antiseptischen Verbandstoffen aus:

1. **durch vollkommene Geruchlosigkeit;**
2. **durch außerordentlich rasche Reinigung der Wunden;**
3. **durch günstige Beeinflussung der Granulationsbildung;**
4. **durch vollkommene Reizlosigkeit;**
5. **durch Ungiftigkeit;**
6. **Idiosynkrasien, wie sie bei Jodoform und anderen jodhaltigen Antisepticis häufig vorkommen, sind nie beobachtet worden. Jod-, Metall- oder Phenolvergiftungen sind ausgeschlossen;**
7. **ein Verkleben der Verbandstoffe ist ausgeschlossen; das Verbandmaterial läßt sich glatt abheben.**

Alleinige Hersteller und Lieferanten:

Lüscher & Bömper, Fahr (Rhld.)

Fabriken medis. Verbandstoffe und pharmaceutischer Präparate

Berlin W 57 * Essen (Ruhr) * Hamburg I * Nürnberg

Digitized by Google

Liquor Alsoli 50%

Unbegrenzt haltbares, stets auf genauen Aluminiumgehalt eingestelltes Tonerdepräparat.

In den angewendeten Verdünnungen ist der Liquor Alsoli

Fast geruchlos, durchsichtig, nicht ätzend, Haut und Schleimhäute nicht reizend, nicht fleckend, stark desodorisierend.

Indikationen:

1/8—1%ige Lösungen bei Erysipel, Ekzema, Pruritus, Furunculosis, Verbrennungen, prophylaktischen Waschungen, 1 1/2%ige Lösung zur urethralen Injektion bei Gonorrhoe, 1—2%ige Lösungen zu sexuellen Spülungen, 10%ige Lösung bei Frostbeulen.

Alsol-Crême bei Intertrigo, Acne vulgaris, Impetigo, Ekzem, Rhagaden, Erythema exsudativum, Unterschenkelgeschwüren, nässender Dermatitis, zur Hautpflege.

Proben und Literatur den Herren Ärzten kostenfrei durch

Athenstaedt & Redeker, Chem. Fabrik, Hemelingen.

Quecksilber-Resorbin (grau und rot).

Sauberste Schmierkur!

in graduierten Glastuben

à 15 u. 30 g	à 25 u. 50 g
33 1/3%	50%

Literatur auf Wunsch.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmaz. Abteilung. — Berlin SO 36.

Digitized by Google

Den Hauptbestandteil dieses Matikoöles macht also das Dillapiol aus, an Menge treten zurück Pinen und der Sesquiterpenkohlenwasserstoff; kleinere Mengen von Säuren und Phenolen unbekannter Art sind noch vorhanden, dagegen keine Ketone oder Aldehyde.

b) Blattbasis herzförmig. Dies Blattmaterial bestand, wie im botanischen Teil erwähnt, aus den unteren Blättern nichtblühender Exemplare, es wird sich wohl von dem unter a genannten nur durch eine verschiedene Entwicklungsstufe unterscheiden; diese Verschiedenheit tritt nun auch in der Zusammensetzung des ätherischen Öles zutage, wie sich aus folgendem ergibt.

Es wurden in einer Ausbeute von 0,8% gewonnen: $d_{20}=0{,}939$ und $\alpha=+0{,}40°$. Die Hauptmenge machte ein Sesquiterpen (Sdp. $_{11\ mm}$ 133—134°, $d_{20}=0{,}916$, $\alpha=-10.83°$) zu etwa 55% aus, nur 15% fallen auf Dillapiol; Pinen kommt ebenfalls in dem Öle vor und zwar machte es den Hauptbestandteil der 1. Fraktion aus. Neben Pinen fanden sich auch ein Terpenalkohol, $C_{10}H_{16}O$ (Sdp. 117—119° $_{11\ mm}$) und in einer Ausbeute von etwa 1% Säuren und Phenole unbekannter Zusammensetzung vor.

Bei einem Vergleiche der unter a und b angeführten Öle sieht man, daß das Öl a rund 70% Dillapiol enthielt, Öl b dagegen nur etwa 15% des gleichen Phenoläthers. Thoms vermutet deshalb wohl mit Recht, daß dieser Unterschied auf eine Verschiedenheit der Vegetationsperiode, der die beiden Blättersorten entstammten, zurückzuführen sei. Diese wechselnde Zusammensetzung eines ätherischen Öles zu verschiedenen Vegetationsperioden ist schon häufig bei riechstoffliefernden Planzenmateriale beobachtet und besonders von E. Charabot eingehend untersucht worden. Daß durch die schwankende Zusammensetzung des Matikoöles der therapeutische Wert desselben unerwünschten Schwankungen ausgesetzt ist, ja in Frage gestellt werden kann, ist einleuchtend.

4. Piper lineatum R. et P.

Das Öl ($d_{20}=0{,}958$ und $\alpha=+8{,}75°$) aus diesem Blattmaterial ging bei einem Drucke von 15 mm in der Hauptsache zwischen 140—160° über. Phenoläther oder Kampfer waren nicht nachweisbar. Wegen Materialmangels unterblieb die nähere Untersuchung.

5. Piper angustifolium var. Ossanum C. DC.

Das Öl wurde in einer Ausbeute von 0,88% erhalten. Es ließen sich Spuren eines Phenoläthers, ferner ein bei 195° schmelzendes Kampfergemisch (aus d-Kampfer+Borneol bestehend?) nachweisen. Aus Materialmangel fand auch hier eine nähere Untersuchung des Öles nicht statt.

Der Vollständigkeit wegen ist in folgendem noch die Zusammensetzung einiger Matikoöle angegeben, welche aus Blattmaterial gewonnen wurden, das nicht einheitlich war oder dessen Herkunft sich nicht feststellen ließ. Auch hier stützen wir uns auf die Untersuchungen von Thoms.

1. Blattmaterial aus Peru, ein Gemenge, bestehend aus etwa 75% Blätter von Piper lineatum R. et P. und 25% Blätter von Piper camphoriferum C. DC.

Ausbeute an Öl = 0,6%. Eigenschaften desselben: $d_{20}=0{,}9341$ und $\alpha=+17.20°$; es ging bei 17 mm Druck zwischen 60—160° über. Außer Säuren (zu 6%), Phenolen und Aldehyden, auf deren nähere Untersuchung verzichtet wurde, wies Thoms Kampfer (wohl d-Kampfer?) durch sein Oxein (Sm.-P. 118°) nach und einen anderen kampferähnlichen Körper, den er für Borneol anspricht (vgl. die Angaben über das Öl von P. camphoriferum, S. 182). Weiteres wird über dies Öl nicht mitgeteilt.

2. Peruanische Blätter.

Öl von folgenden Eigenschaften: $d_{20}=0{,}948$ und $\alpha=-16{,}66°$; es ging bei einem Drucke von 14 mm zwischen 60—165° über. Die Hauptfraktion (41%) destilliert bei 136—144° $_{14\ mm}$.

An Bestandteilen werden folgende genannt: ein Sesquiterpen (wohl ein Sesquiterpengemisch?) vom Sdp. 138—139° $_{17\ mm}$ und $d=0{,}914$, Dillapiol, Phenole (0,1%) und freie Säuren (0,7%), deren Hauptmenge aus Palmitinsäure bestand. Die 1. Fraktion des Ausgangsöles hatte den Geruch nach Limonen, es ließ sich aber nicht sicher nachweisen.

3. Matikoblätter unbekannter Herkunft.

Ausbeute an Öl = 0,4%, $d=0{,}9185$ und $\alpha=-4{,}92°$. Nach Entfernung von Nebenbestandteilen, wie Säuren (4%, vorwiegend Palmitinsäure), Phenolen (0,8%) und geringen Mengen eines Aldehyds ging dies so vorbereitete Öl zwischen 60—170° $_{15\ mm}$ über, und zwar zu 44% bei 159—170° $_{15\ mm}$.

Nachgewiesen wurde nur Dillapiol, das in erheblichen Mengen in diesem Öle enthalten war. Apiol wurde durch Darstellung seines bei 110° schmelzenden Brom-(Dill-) Apioldibromids als Dillapiol gekennzeichnet.

Digitized by Google

Zusammenfassung.

An die Beobachtung, daß die beiden Matikoöle von Piper angustifolium R. et P. mit der verschiedenen Blattform eine schwankende Zusammensetzung zeigten, knüpft Thoms folgende Betrachtungen. Es wären hierfür zwei Möglichkeiten denkbar: entweder wäre das Blattmaterial verschieden oder es lägen verschiedene Reifezustände desselben vor, auch klimatische Verhältnisse und solche des Bodens könnten hierbei in Betracht gezogen werden.

Aus allem tritt klar und deutlich hervor, daß wir aus Mangel an einheitlichem Blattmaterial Matikoöle von recht verschiedener Zusammensetzung im Handel haben; früher besaßen die Öle ein spez. Gewicht von 0,93—0,99 und waren schwach rechtsdrehend, während in der neueren Zeit Werte für d von 0,940—1,135 gefunden werden und das optische Drehungsvermögen auffallenden Schwankungen ausgesetzt ist. Die schwankende Zusammensetzung der Matikoöle rührt in allererster Linie her von dem wenig einheitlichen Blattmaterial, das zur Darstellung des Öls benutzt wird. Als erschwerender Umstand tritt noch hinzu, daß bezüglich der quantitativen Zusammensetzung der echten Matikoöle Kultur- oder sonstige Lebensbedingungen des Matikostrauches eine Rolle spielen. Ähnliche Verhältnisse treffen wir bei den Kubeben und vielleicht auch bei den Kopaivabalsambäumen an. Und so nimmt es nicht wunder — worauf erneut hingewiesen werden mag —, daß bei einer schwankenden Zusammensetzung solcher Naturprodukte auch der Heilerfolg ein schwankender sein wird. — Diese Unsicherheit in der Wirkungsweise besitzen selbstredend auch alle die im Handel befindlichen Matikopräparate, wie Extrakte, wässerige, weingeistige Auszüge und Destillate aus den Blättern.

Physiologisch-Chemisches.

Hierüber ist so gut wie nichts bekannt geworden; wir wissen durch M. v. Zeissl, daß Matiko, allein angewendet, als Antigonorrhoikum unwirksam ist, eine Wirkung soll das Öl nur im Verein mit Kubebenextrakt oder Kopaivabalsam besitzen.

Literatur.

Chemische und botanische Literatur: Schimmels Ber., 1898, II, 37. — E. Fromm und van Emster, Ber. d. D. chem. Ges., 1902, 35, 4347. — Thoms, Arch. d. Pharm., 1904, 242, 328; Pharm. Ztg., 1904, 49, 811; Arb. aus d. pharm. Inst. d. Univ. Berlin, 1905, 2, 121; nach Gildemeister u. Hoffmann, Äth. Öle, 2. Aufl., II, 316. — G. Weigel, Neues v. Drogenmarkt, Pharm. Zentralhalle, 1908, 49, 974. — Thoms, Arch. d. Pharm., 1909, 247, 591. — W. Marmé, Pharmakognosie, Leipzig 1886, S. 210. — Dorvault-Würtz, L'officine ou Repert. génér. d. Pharm. prat., Paris 1893, 13. Aufl., 614. — Gildemeister u. Hoffmann, Äth. Öle, Leipzig 1913, 2. Aufl., II, 314 u. ff.

Medizinische: M. v. Zeissl i. Handb. f. Urol. von A. v. Frisch u. O. Zuckerkandl, Wien 1906, III, 409; M. Kl., 1910, I, 745.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

The Urologic and Cutaneous Review.

Juni 1921.

Die Darstellung des Steinschnittes auf Schweizer Glasmalereien (Lithotomy Portrayed in Swiss Paintings on Glass), von ALFRED MARTIN-Bad Nauheim. S. 315—324. Überblick über die mittelalterlichen und späteren Glasmalereien, die diese Operation darstellen, und ihre Beziehungen zur Entwicklung des Standes der Ärzte und des der Kurpfuscher.

Einiges über Erkrankungen der weiblichen Harnblase (Interpretation of Female Bladder Symptoms), von EVERELT E. PADGELT-Indianapolis, Indiana. S. 324—327. Allgemeine Bemerkungen über die durch Druck der umgebenden Organe sowie im Anschluß an Operationen und Entbindungen und durch Infektion entstehenden Blasenleiden.

Purpura haemorrhagica, hervorgerufen durch Streptococcus haemolyticus (Purpura Haemorrhagica Caused by Streptococcus Haemolyticus), von HARRY P. JACOBSON-Los Angeles, Californien. S. 327—331. Bei einem Fall von WERLHOFscher Krankheit bei einem Kind mit reichlichen Haut- und Schleimhautblutungen, mit verminderter Blutplättchenzahl ließ sich im Blut der Streptococcus haemoliticus nachweisen. Das Tierexperiment fiel bei Überimpfungen negativ aus. Verf. glaubt trotzdem in dem Streptokokkus keinen Nebenbefund, sondern den Erreger dieses Falles gefunden zu haben. Auf einmalige Injektion von Pferdeserum kam die Blutung zum Stehen und die 5jähr. Pat. wurde geheilt.

Dermatitis exfoliativa nach intravenöser Injektion von Salvarsanpräparaten (Dermatitis Exfoliativa. Following Injections of Arsenical Preparations Intravenously), von GEORGE S. WHITESIDE-Portland, Oregon. S. 331—332. Unter vielen Tausend Syphilitikern, die Verf. behandelt hat, hat er in 3 Fällen eine Dermatitis beobachtet, einmal nach Neoarsenobenzol, einmal nach Arsenobenzol und einmal nach Arsphenamin; einige Zeit nach der 3. bzw. 4. Injektion auftretend; nur in einem Falle war außerdem auch mit Hg behandelt. In allen 3 Fällen trat bei Behandlung mit reizlosen Salben Heilung ein.

Experimentelle Übertragung von weichem Schanker auf Kaninchen (Experimental Soft Chancre in Rabbits), von JOHN REENSTIERNA-Stockholm. S. 332—333. Von 10 Kaninchen, die mit Streptobazillen (Reinkultur) geimpft wurden, bildete sich bei vier Tieren an der Impfstelle (Skrotum) eine kleine Pustel, die aber bald wieder eintrocknete. Histologisch ließen sich in den Präparaten Streptobazillen nachweisen. Kulturell ließen sich aus dem Kaninchenpusteln keine Erreger züchten. Im Selbstversuch erzeugte der Eiter der Pustel bei drei Überimpfungen zweimal typische Ulcera mollia am Arm des Verf., während die Überimpfung auf Kaninchen negativ ausfiel.

Ureterenkatheterismus bei akuter Niereneiterung (Ureteral Drainage in Acute Renal Infektion), von WILLIAM E. KRANE-Detroit, Mich. S. 333—334. Bevor man bei dieser Erkrankung zur Nephrostomie oder anderen eingreifenden Operationen schreitet, ist stets ein Versuch zu machen, durch Ureterenkatheterismus einen geeigneten Abfluß zu schaffen. Bei einer hochfieberndenden Graviden mit deutlich palpablem einseitigem Nierentumor brachte der Katheterismus reichliche Eiterentleerung und Fieberabfall. Als nach 6 Tagen das Fieber wieder anstieg, wurde noch einmal katheterisiert, worauf dann, ohne Schwangerschaftsstörung, Heilung eintrat.

Ulzerierende und gangränöse Balanitis: die sogenannte „4. Geschlechtskrankheit" (Specific Ulcerative and Gangrenous Balanoposthitis: The So-Called „Fourth Veneral Disease"), von CHARLES W. JEFFERSON-Louisville, Kentucky. S. 334—339. So bezeichnet Verf. eine Form der Balanitis, die nur an der Glans penis unter dem Präputium lokalisiert, vorkommt, aus mehreren kleineren, später konfluierenden Erosionen besteht, oft schnell auf die Umgebung übergreift und Gangrän erzeugend, auch in die Tiefe geht. Die Sekretion ist reichlich, der Eiter übelriechend und grau bis graubraun. Die Inguinaldrüsen sind stets mit affiziert, aber indolent. — Im Abstrichpräparat zeigt sich fast eine Reinkultur von fusiformen Bazillen und Spirillen, wie bei der Angina PLAUT-VINZENT. Da die Erreger Anaërobier sind, besteht die Therapie in Zuführung von Sauerstoff. Bei bestehender Phimose ist Zirkumzision oder Dorsalinzision erforder-

Digitized by Google

lich, dann heilt die Affektion unter Bespülung mit Wasserstoffsuperoxydlösung gut ab. — In einigen der Fälle wird Coitus oris als Infektionsmodus zugegeben. — WR negativ.

Intravenöse Gonorrhoebehandlung (Intravenous Treatment of Gonorrhea), von EDWARD AHLSWEDE-Hamburg. S. 340. Direkte Beeinflussung der Gonokokken ließ sich durch keins der versuchten Mittel — Akridinverbindungen — (Trypaflavin, Sanoflavin, Argoflavin, Argochrom) erreichen. Jedoch eignet sich die intravenöse Blennorrhoebehandlung, besonders mit den Silberverbindungen, gut bei blennorrhoischen Allgemeinerkrankungen, bei Arthritis und Tendovaginitis zur Unterstützung der Lokalbehandlung.

Die Vorbehandlung der Patienten vor der Prostatektomie (The Preparation of the Patient for Prostatectomy), von JOHN A. HAWKINS-Pittsburg. S. 340. Die Operation sollte erst vorgenommen werden, nachdem durch Dauerkatheter jeder Residualharn beseitigt, Blase, Niere sowie alle inneren Organe gut funktionieren, die Schlaflosigkeit und ihre Folgen behoben sind. Nach diesen Vorbereitungen läßt sich die Prostatektomie stets mit gutem Erfolg einzeitig durchführen.

Akute Gangrän des Skrotums unbekannter Ätiologie (Sudden Gangrene of the Scrotum of Unknown Origin), von JOHN W. MARCHILDON-St. Louis. S. 341. Aus anscheinend voller Gesundheit heraus erkranken die Patienten ganz akut unter Schüttelfrost, Fieber und schwerer Störung des Allgemeinbefindens, wie bei kryptogener Sepsis. In einigen Fällen ist eine Verletzung des Penis vorausgegangen. Meist erst am dritten Tage beginnt die Erkrankung des Skrotums mit ödematöser Schwellung und wird oft erst bemerkt, wenn bereits Gangrän in größerer Ausdehnung vorhanden ist, da die örtlichen Symptome anfangs zurücktreten. Bei bestehender Gangrän des Skrotums sind sofort breite Inzisionen und Drainage anzulegen, wodurch es Verf. gelungen ist, 2 Fälle zur Heilung zu bringen; obwohl die Erkrankung die Tunica vaginalis freigelegt hatte und in einem Fall metastatische Abszesse aufgetreten waren. Ein bestimmter Erreger war nicht nachzuweisen, es fanden sich Streptokokken, Staphylokokken und Leptothrixformen. — Auffallend ist bei den heilenden Fällen die schnelle Epithelialisierung der freigelegten Partien des Skrotums.

Juli 1921, Bd. 25, Nr. 7.

Hermaphrodismus des Adam (Hermaphrodisme of Adam), von JAMES G. KIERNAU-Chicago. S. 379—381. Abhandlung über das Vorkommen des Hermaphrodismus in den verschiedenen Religionen und seine Bedeutung für die Anschauung über die Entstehung des Menschengeschlechts.

Unblutige Operationen an der hinteren Urethra (Bloodless Surgery of the Posterior Urethra), von GRANVILLE MAC GOWAN-Los Angeles. S. 382—384. Unter Zuhilfenahme des Urethroskops entfernt Verf. Tumoren der hinteren Harnröhre, des Blasenhalses und auch der Blase mit dem Thermokauter und Ätzungen mit Argentum nitr. Es handelt sich vor allem um Zysten, Adenome, Papillome und Granulome, die unter ständiger Leitung des Auges in mehreren Sitzungen entfernt werden. Manche chronische Urethritis nach Blennorrhoe hat ihren Grund in dem Vorhandensein solcher gutartigen Geschwülste und nach Entfernung — ohne große Operation — erfolgt schnelle Heilung.

Primäraffekt der weiblichen Brust, außerhalb der Laktation erworben (Primary Syphilis of the Female Breast, not Contracted during Lactation), von MAX THOREK-Chicago. S. 384—386. Kasuistischer Beitrag. Infektion erfolgte durch Biß des syphilitischen Ehegatten in die Brustwarze der Patientin.

Die Ausflockungsreaktionen nach SACHS-GEORGI und MEINICKE und die WASSERMANNsche Reaktion (Flaking Reactions of SACHS-GEORGI and MEINICKE and the WASSERMANN Reaction), von KARL KLIENENBERGER-Zittau. S. 386—390. An Hand einer Tabelle werden die Übereinstimmungen und Abweichungen der Ausflockungsmethoden mit der WR bei spezifischen und unspezifischen Krankheiten dargestellt und auf die recht gute Brauchbarkeit dieser viel einfacheren Untersuchungsmethoden hingewiesen.

Die Herstellung einer haltbaren Opaleszenzskala zur Bestimmung des Eiweißgehalts der Cerebrospinalflüssigkeit (Preparation of a Stable Diaphonometric Scale for Albumin Determination in the Cerebrospinal Fluid), von MARCEL BLOCH und MARCEL POMARET-Paris. S. 390—391. Die bisher zu diesem Zweck benutzte Flüssigkeit, eine Emulsion von Benzoëtinktur, hat den Nachteil, daß sich mit der Zeit darin Niederschläge bilden. Deshalb verwenden Verff. jetzt keine Flüssigkeit, sondern ein festes Medium: Glyzeringelatine, die in kaltem Zustand fest ist, und der noch etwas Formalin zugesetzt wird. Zuerst stellt man sich eine Reihe von Eiweißlösungen her, je 2 ccm, die erste

Digitized by Google

mit einem Eiweißgehalt von 0,2‰, dann 0,3‰ und so weiter bis 2‰ in physiologischer Kochsalslösung; das Eiweis wird aus frisch titriertem menschlichen Blutserum gewonnen. Jedem fertigen 2 ccm enthaltenden Röhrchen werden 6 Tropfen Salpetersäure zugesetzt. Dann wird die Herstellung der haltbaren Vergleichsröhrchen vorgenommen. Die dafür erforderliche Mischung wird folgendermaßen vorgenommen: Weiße Gelatine 40 g, Glyzerin 125 g, Aq. dest. ad 200,0 werden im Wasserbad gelöst und filtriert; das Filtrat bleibt im Wasserbad, um flüssig zu bleiben. Die Benzoëmischung besteht aus Tct. benzoes 1,0 ccm, Tct. quillajae 4,0 ccm, Aq. dest. ad 20,0. Von dem Filtrat wird in ein Röhrchen gefüllt, das in Größe denen der oben angefertigten Eiweißskala entspricht und von der Benzoëmischung soviel zugesetzt, bis die Opaleszenz der der Eiweißlösung von 0,2‰ genau entspricht. In derselben Weise werden, jeder Konzentration der Eiweißlösung entsprechend, durch vermehrten Zusatz von Benzoëmischung die übrigen Röhrchen für die Vergleichsskala gewonnen. Wenn der Inhalt der Röhrchen je 2 ccm kalt und hart geworden ist, wird ein Tropfen Formalin zugesetzt und die Röhrchen werden verschlossen. — Ist dann der Eiweißgehalt einer Zerebrospinalflüssigkeit zu untersuchen, so werden 2 ccm derselben in entsprechend größere Röhrchen getan, 6 Tropfen Salpetersäure hinzugesetzt, umgeschüttelt, und nach Ablauf von 5 Minuten wird an Hand der haltbaren Vergleichsskala der durch die entsprechende Trübung bestimmbare Eiweißgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit abgelesen.

Mathematische Formeln für die Röntgendosierung bei Oberflächenbestrahlung (Mathematics of X-Ray Dosage in Skin Diseases), von Hermann Goodman-New York. S. 391—392. Zusammenstellung der bisher benutzten und der jetzt gültigen Formeln für Berechnung der Röntgendosierung nach Shearer einerseits und nach Remer und Whitesbee andererseits.

Ein ungewöhnlicher Fremdkörper in der Blase (Unusual Foreign Body in Bladder), von Bernhard Erdman-Indianapolis. S. 394—395. Es handelt sich um ein etwa 10 cm langes Stück Glasrohr, das sich etwa 5 Jahre in der Blase eines 15jähr. Jungen befand, um dann operativ entfernt zu werden. Der Pat. hatte sich selbst ein langes Rohr eingeführt, das zu seinen Spielsachen gehörte und beim Herausziehen brach es ab.

Eine Katalogisierung der dermatologischen Notizen, mikroskopischen Präparate, Aufsätze und Abbildungen nach dem Dezimalsystem (A Decimal Classification for Dermatologic, Notes, Slides, Pamphlets and Pictures), von Noxon Toomey-St. Louis, Mo. S. 395. Die Hunderter geben die allgemeinen, großen Gesichtspunkte an, die Zehner, Einer und die Dezimalstellen die einzelnen Unterabteilungen; das System ist willkürlich. — Z. B. Vitiligo setzt sich zusammen aus 200 = Innersekretorische Erkrankungen, 210 = Kongenital, 218 = Vitiligo. A. de Lemos-Hamburg.

Annales des Maladies Vénériennes.

August 1921.

Rundfrage über die Bordet-Wassermann-Reaktion. Reaktionen mit inaktiviertem Serum (Enquête sur la reaction de Bordet-Wassermann. Les réactions au sérum chauffé). S. 449. 2. Teil der Antworten. Die Notwendigkeit der Originalmethode wird anerkannt, aber nicht zwei Serologen gebrauchen die gleiche Technik.

Über Vergiftungen durch Novarsenobezol Billon (L'Hypertoxicité du novarsenobenzol Billon Serie E.), von Mouradion-Beyrouth. S. 494.

Zwei Vergiftungen durch Novarsenobenzol (Deux alertes dues au novarsenobenzol) E 1925, von Greenberg-Beirut. S. 499. Seit einem Jahre enthält jede Nummer dieser Zeitschrift Berichte über toxische Novarsenobenzol-Wirkung des vagoneurotischen Symptomkomplexes.

Ein Fall von weichem Schanker der Zunge (Un cas de chancrelle de la langue), von Dujardin und Ducré-Brüssel. S. 502. Je ein weicher Schanker auf der Mitte der Zunge und der Glans penis, Submaxillardrüsen von Nußgröße und typischer Inguinalbubo. Streptobazillenbefund in beiden Ulzerationen.

September 1921.

Rundfrage über die Wassermannsche Reaktion bei Syphilis (Enquête sur la réaction de Wassermann dans la syphilis). S. 513. Teil 2—4: Reaktionen mit aktivem Serum, Irrtümer infolge eines besonderen Zustandes des Serums, Liquorreaktionen.

Digitized by Google

Damit ist der technische Teil der Rundfrage abgeschlossen. Als Hauptforderung ergibt sich: nicht die Vereinfachung, sondern die Präzision der technischen Arbeit.

Mahlzahnhöcker und hereditäre Syphilis (Tubercule de Carabelli [Tubercule mamillaire supplémentaire de Sabouraud] et héredo-syphilis), von Pautrier-Straßburg. S. 550. Sabouraud hat seit 1917 die These verfochten, daß akzessorische Spitzen an der Krone der oberen (besonders des ersten) Mahlzähne sichere Zeichen hereditärer Lues seien. Diese Spitze sitzt auf der Gaumenseite am vorderen Teil des Mahlzahnes oft durch einen Einschnitt von der Krone getrennt. S. fand sie bei 30% seiner Kranken und bezeichnet sie als supplementären Warzenfortsatz. Die These S.s hat meist Ablehnung gefunden. Verf. bringt nun 27 Fälle (gute Abbildungen der angefertigten Moulagen) aus einem guten Soldatenmaterial, die diesem Warzenfortsatz, dabei aber keinerlei Stigmata hereditärer Lues zeigen. 23 hatten eine frische primäre oder sekundäre Lues, 1 eine Tabes, die übrigen sonstige Erkrankungen mit negativer WR.

Gemischter Rezidivschanker (Chancre mixte secondaire), von Jamin-Tunis. S. 567. 4½ Monate nach dem primären Ulkus infolge mangelhafter Behandlung (Hg und Salvarsan nicht vertragen) tritt am Orte des ersten Schankers ein Rezidiv auf. Dasselbe ist klinisch wie bakteriologisch zu ⅔ als Ulcus molle charakterisiert, im übrigen Drittel als Ulcus durum. Koitus am Tage vor dem Auftreten des Schankers. Streptobazillen und Spiroch. pall. nachgewiesen. Die Streptobazilleninfektion hat zu einer Mobilisierung zurückgebliebener Spirochätenkeime geführt. H. E. Tietzen-Hamburg.

Acta dermato-venereologica.

Juli 1921, Bd. 2, H. 2.

Erfahrungen über die Wirkung von Subkutaninjektionen mit Sulfarsenol bei Syphilis (Expériences sur l'effect des infections sous-cutanées de sulfarsénol dans la syphilis), von J. Papegaay und P. G. Rinsema-Amsterdam. S. 149—170. Sulfarsenol, das chemisch nur 1 O-Molekül mehr als Neosalvarsan enthält, wird in gleichen Dosen angewandt, wie dieses. Subkutan wird es im Gegensatz zu intramuskulären Einspritzungen, die schmerzhaft sind, bis zu 0,3 fast reaktionslos ertragen. Diese Form der Anwendung wurde in einer Anzahl von primären, sekundären, tertiären und hereditären Syphilisfällen mit folgenden Resultaten geprüft: Die Wirkung der Spirochäten war wesentlich langsamer als bei intravenöser Anwendung des Neosalvarsans. Bei täglichen Injektionen von 0,18—0,3 wurden noch in einzelnen Fällen bis zum 9. Tage Spirochäten nachgewiesen. Die Erscheinungen der Syphilis heilten im allgemeinen langsamer als nach Neosalvarsan, besonders bei induriertem Schanker. Besonders auffällig war die schwächere Wirkung, gegenüber dem Neosalvarsan auf die WR bei einer Gesamtdosis von 4,3—5,1 in 6—7 Wochen. Als Nebenwirkung wurden häufig Fieber und Durchfälle beobachtet, nicht selten Erbrechen, auch zuweilen Ausschläge. Kongestionen, beschleunigter Puls („Crises nitritoides") treten entsprechend der langsameren Resorption verzögert auf und konnten durch vorgängige Adrenalininjektionen verhindert werden. Das Mittel erscheint dem Neosalvarsan nicht überlegen und ist daher möglichst nur da als ein schmerzloses und dabei doch wirksames Mittel subkutan anzuwenden, wo die intravenöse Einspritzung von Neosalvarsan nicht angängig erscheint.

Tod nach Merkuriolöl-Injektionen; ein Teil des deponierten Quecksilbers vorher durch Operation weggeschaffen, von E. Björling-Malmö. S. 171—179. Bei einer Patientin mit positiver WR wurde eine Kur mit Merkuriolöl im Mai 1920 abgeschlossen, eine zweite Juli—August mit 8 Injektionen durchgeführt. Am Ende der zweiten Kur traten Stomatitis und Durchfälle auf, die allmählich zunahmen und im November zum Tode führten. Röntgenphotographie ergab Metallschatten in beiden Glutäalregionen, darauf Exzision beider Herde, die je etwa ¼ g Hg durch quantitative chemische Bestimmung ergaben. Die Operation vermochte die Patientin nicht mehr zu retten. Obduktionsbefund: Stomatitis et glossitis gangraenosa, Colitis ulcerosa, Nephrosis gravis. Verf. zieht daraus den Schluß, daß jede Merkuriolölbehandlung als ein Risiko anzusehen ist und nur bei wiederholten und schnellen Rezidiven angewendet werden sollte. In jedem Fall von auch erst spät auftretenden Zeichen einer Hg-Intoxikation ist Röntgenphotopraphie und eventuell operative Entfernung von Hg-Depots dringend anzuraten.

Drei Fälle von Melanodermie als Nebenerscheinung bei Lichen ruber planus, von K. Edel-Haarlem. S. 180—185. In 3 Fällen von Lichen ruber, der in 2 Fällen

Digitized by Google

nur in vereinzelten Knötchen erkennbar war, fanden sich dunkle Pigmentflecke im Gesicht und auf den Armen, einmal völlige Schwärzung der ganzen Gesichtshaut, und zwar nicht nach der Heilung, sondern während des Bestehens des Hautleidens. Da Arsen-, Teer- oder Kriegsmelanose auszuschließen sind, nimmt Verf. erhöhte Zellentätigkeit im Stratum germinativum an auf Grund unbekannter Reize, die zu vermehrter Fermentbildung in den Basalzellen und dadurch zur Zunahme der Pigmentation geführt hat.

Beitrag zur Kenntnis des Adenoma sebaceum (Pringle) und sein Verhältnis zur Krankheit von Bourneville und von Recklinghausen, von L. Carol-Amsterdam. S. 186—217. Bei einem 13jähr. an Epilepsie leidenden Mädchen fanden sich im Gesicht und auf dem Rücken kleine Hautgeschwülste, die als Adenoma sebaceum (Pringle) diagnostiziert wurden. Histologisch bestand die Geschwulst aus einem zellreichen Korium, dem die elastischen Fasern völlig fehlten. Zahlreiche Follikel zeigen nirgends fertige Haarbildung, nur im ersten Beginn stehende zentrale Verhornung, Talgdrüsenanlage in Gestalt von seitlichen Ausbuchtungen, keine Muskeln, keine Schweißdrüsen. Das histologische Bild entspricht der embryonalen Haut- und Haarentwicklung in der Zeit zwischen 4. und 8. Monat. Demgemäß handelt es sich nicht um ein Adenom, da weder eine Hypertrophie, noch eine Hyperplasie vorliegt, sondern um eine lokale Entwicklungsstörung, die eine allgemeine Ursache haben muß. Der Name wäre daher auch besser zu ersetzen durch Hamartoma pilosebaceum. Von den verschiedenen Typen des Adenoma sebaceum möchte Verf. auch nur den Typus Pringle als dem geschilderten histologischen Befund entsprechend gelten lassen, während die Typus Balzer und Hallopeau-Leredde als Endotheliome bzw. Nävi aufzufassen seien. Abzulehnen ist die Zugehörigkeit des Adenoma sebaceum zum Morbus Recklinghausen. Die Neurofibrome dieser Krankheit sind histologisch völlig abweichend gebaut und echte Tumoren. Dagegen kommt das Adenoma sebaceum bei der Bournevilleschen Krankheit, der tuberösen Hirnsklerose, vor, die als Entwicklungsstörung anzusehen ist, wie denn auch dabei noch andere solche Entwicklungsstörungen gefunden werden: offener Ductus Botallii, partieller Balkenmangel, Hydromyelie, Spina bifida u. a. Bei Erörterung der Ursache für die Bournevillesche Erkrankung kommt Verf. unter Polemik gegen die Meirowskysche Genetheorie schließlich zu der Auffassung des Hamartoma pilosebaceum als Entartungserscheinung.

Uterythema centrifugum, von P. G. Unna-Hamburg. S. 218—225. Der sogenannte Lupus erythematosus hat mit dem echten Lupus nur den Namen gemeinsam. Genaue Nachprüfungen haben irgend welche Beziehungen zur Tuberkulose nicht aufdecken können. Besonders die histologische Untersuchung ist geeignet, in Zweifelsfällen die Entscheidung zu bringen, indem das mikroskopische Bild des Lupus erythematosus „Unterschiede krassester Art" gegenüber dem des Lupus bietet, welche „keinen Gedanken an irgend eine Verwandtschaft oder Übergänge zur Tuberkulose aufkommen lassen". Histologisch findet sich zunächst ein Schwund aller Sauerstofforte der Haut, in der Oberhaut schwinden die Epithelmitosen, was den Nachwuchs der Stachelzellen verhindert und zu zufrühzeitiger Verhornung führt. Gänzlich fehlen die Haarpapillen, die hervorragendsten Sauerstofforte der Haarbälge, in der Kutis gehen die Mastzellen zugrunde, die Sauerstoffaktivatoren, und die Plasmazellen, die Sauerstoffreservoire der Kutis. Gleichzeitig schmilzt das kollagene Gewebe ein, wodurch die Lymphbahnen erweitert werden. Das elastische Gewebe bleibt erhalten im Gegensatz zu dem Schwund des Elastins in der lupösen Infiltration. Der ganze Krankheitsprozeß stellt sich als Atrophie sämtlicher Sauerstofforte der Haut dar, bedingt durch die Giftwirkung des unbekannten Krankheitserregers. Die vermehrte Blut- und Lymphfülle vermag den Verlust an Sauerstoff nicht auszugleichen infolge des Mangels an O-Aktivatoren, der Kerne in der Oberhaut, der Mitosen in der Keimschicht und der Mastzellen in der Kutis. Diese „regressiven Ernährungsstörungen" stehen im Gegensatz zu den produktiven beim echten Lupus, der Akanthose, der Plasma- und Fibrombildung. Wenn aber die nichttuberkulöse Natur des sogenannten Lupus erythematosus feststeht, so ist auch der irreführende Name besser ganz zu verwerfen und durch den klareren Ulerythema centrifugum zu ersetzen.

Beiträge zur Differenzierung der granulomatösen Hauterkrankungen. II. Granuloma fungoides der Haut und der inneren Organe und ihre Stellung zu den echten Blastomen, von L. Arzt-Wien. S. 226—252. Drei Fälle von Hauterkrankungen, die den Typus einer Mykosis fungoides zeigten, und sämtlich nach einigen Monaten starben, waren begleitet von Erkrankungen innerer Organe. Im ersten Fall zeigte sich Knotenbildung in den Lymphdrüsen und namentlich im Herzen, im zweiten war Herz, Lymph-

Digitized by Google

drüsen, Magen und Nieren, im dritten Lymphdrüsen und eine Reihe anderer Organe befallen. Eingehende histologische Untersuchungen ergeben folgendes Resultat: die Hauterkrankungen des ersten Falles und die Knoten in den inneren Organen bestehen aus einem eigentümlichen Granulationsgewebe, wodurch der Beweis geliefert ist, daß in seltenen Fällen die Mykosis fungoides zu knotigen Veränderungen auch in den inneren Organen führt und also auch eine Allgemeinerkrankung des Organismus darstellen kann. Die beiden anderen Fälle mußten jedoch auf Grund der histologischen Untersuchung als Rundzellensarkome mit Metastasen angesehen werden. Es ist daher eingehende mikroskopische Untersuchung bei allen Fällen von mykotischen Hauterkrankungen mit Beteiligung innerer Organe anzustreben. In bezug auf die Therapie ist zu bemerken, daß Behandlung mit Röntgenstrahlen, Radium und Emanation zwar lokale Besserung erzielte, ein Fortschreiten des Leidens jedoch in keinem Falle aufhalten konnte.

Beitrag zur Klinik und Pathogenese des Sarkoid-Boeck (Contribution à la question de la clinique et de la pathogénie de la sarcoide de Boeck), von James Strandberg-Stockholm. S. 253—261. Bei einem 20jähr. jungen Mädchen trat ohne erkennbaren Grund eine Schwellung der beiden Ohrspeicheldrüsen und der hinter den Ohren gelegenen Lymphdrüsen auf. Einige Wochen später kam dazu ohne Fieber und ohne Störung des Allgemeinbefindens ein Ausbruch von linsengroßen braunroten Knötchen an Armen und Rumpf, die diaskopisch Lupusknötchen ähneln, der Sonde aber derben Widerstand entgegensetzten. Bald danach trat auch noch eine Schwellung der Brustdrüsen hinzu, die wie diejenige der Parotis vollkommen schmerzlos war. An beiden Konjunktiven befanden sich am Kornealrande einige durchscheinende Knötchen. Histologisch bestanden die Knoten aus granulomatösem Gewebe ohne Zeichen von Tuberkulose. Bakterienfärbung blieb negativ, Impfung auf Meerschweinchen gleichfalls. Tuberkulinreaktion und Wassermann negativ, Blutbefund normal. Die ganze Affektion heilte fast vollkommen in einigen Monaten ab auf Arsenanwendung. Die Erkrankung wird als ein Sarkoid-Boeck angesehen mit Beteiligung innerer Organe. Ätiologie ist unklar, Tuberkulose aber wohl auszuschließen.

Staubdermatosen (Grain Dust Dermatoses), von N. E. Michelson-Minnesota. S. 262—264. An Hand einiger Fälle zeigt Verf., daß bei manchen Menschen eine besondere Empfindlichkeit der Haut gegen Staub von Getreide und Stroh besteht. Das Hautleiden hat einen urtikariell-papulösen Charakter und führt infolge mechanischer Reizung zur Infektion und multipler Furunkulose. Behandlung ist nur von Erfolg, wenn die Patienten der Staubeinwirkung völlig entzogen werden.

H. Lautsch-Leipzig-Gohlis.

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

1921, Bd. 7, H. 6.

Über Nephrektomie und Schwangerschaft, von Paul Theodor-Hamburg-Eppendorf. S. 189. Verf. konnte bei 31 nephrektomierten Frauen bei 54 Schwangerschaften 40 lebende Kinder und 14 Aborte feststellen. Da es sich bei den Aborten um künstlich eingeleitete Aborte handelt (Nierentuberkulose), so stellt Verf. fest, daß erfahrungsgemäß in 76—80% der Fälle bei wegen Nierentuberkulose Operierten durch die Nephrektomie eine Dauerheilung erreicht wurde, da die Nierentuberkulose fast stets einseitig beginnt und erst sehr spät eine Infektion der zweiten Niere auftritt. Es besteht also kein Grund, die Schwangerschaft zu unterbrechen. Diese Beobachtung wird durch die Erfahrung des Verf. unterstützt, der in allen 9 Fällen, in denen die Schwangerschaft nicht unterbrochen wurde, keinerlei Schädigung feststellen konnte. Wenn 4 Jahre nach der Nephrektomie keine Erkrankung der zweiten Niere eingetreten ist, besteht kein Grund zur Befürchtung. Eine dauernde ärztliche Überwachung während der Schwangerschaft ist jedoch wünschenswert.

Beiträge zur vergleichenden und pathologischen Anatomie des Colliculus seminalis, von Julius Heller und Oscar Sprinz-Berlin. S. 196. Verff. machen darauf aufmerksam, daß der Kollikulus während des Lebens des Mannes verschiedene Veränderungen physiologischerweise durchmacht. Während er beim Kinde meist einen glatten Schleimhautüberzug und wenig kavernöses Gewebe zeigt, finden wir beim Manne meist viele Falten und Buchten in der Schleimhaut, die endoskopisch fälschlicherweise als Papillome beschrieben worden sind. Die Ductus ejaculatorii sind in ihrem Endteil

Digitized by Google

S-förmig geschlängelt. Die Schleimhaut dieser Duktus bildet Falten und Sprossen, die die Unterscheidung der Duktus von den seitlichen Ausläufern des Utriculus prostaticus masculinus, der im ganzen ein längliches birnenförmiges Säckchen bildet, auf den Schnitten sehr erschwert. Ferner konnten Verff. feststellen, daß der Colliculus seminalis nicht aus kavernösem Gewebe besteht, wenn auch ein Venenreichtum vorhanden ist, und daß er nicht im Augenblick der Ejakulation die Harnröhre nach hinten abschließt, wie man bisher glaubte, sondern daß der starke Sphinkter vesicae internus die Regurgitation des Ejakulates verhindert. Die Ejakulation wird reguliert durch Muskelfasern, die um den Ductus ejaculatorius herum liegen; und die Porosz Musculus sphincter spermaticus nennt. Wenn auch Verff. diese Muskelfasern nur wenig ausgebildet fanden, so glauben sie doch an die von Porosz aufgestellten physiologischen Hypothesen, daß nämlich je kräftiger die Prostatamuskulatur und damit auch das Sphinkter spermaticus ist, um so „aushaltender" ist der Koitus und um so größer ist das Wollustgefühl, da ja der Widerstand des Verschlusses der Ostien der Ductus ejaculaterii um so größer ist. So werden die Funktionsstörungen (Ejaculatio praecox, Schlafpollution, Defäkationsspermatorrhoe usw.) bei sogenannter Atonia prostatae verständlich. Die vergleichende Anatomie zeigt beim Tier verschieden gestaltete Colliculi seminales. Besonders interessant ist, daß das verschnittene Tier einen glatten, wenig Buchten der Schleimhaut aufweisenden Kollikulus zeigt, während das geschlechtsreife Tier physiologisch reiche Buchtenbildung aufweist. Daß die Ausführungsgänge und der Utrikulus geringer ausgebildet sind, ist verständlich. Auf Grund dieser Befunde haben die Amerikaner den Kollikulus als endokrine Drüse angesprochen, was Verff. verneinen. Für den Menschen scheint eine Änderung im Kollikulus durch die Kastration, selbst bei sekundärer Prostataatrophie, nicht vorhanden zu sein. An Mißbildungen wurden angeborene adenomatöse Wucherungen der Utrikulardrüsen beobachtet, ferner Zystenbildungen des Kollikulus, die eine Verlängerung der Harnröhre bedingen können. Sie weichen dem eingeführten Instrument meist aus, können aber zur Harnstauung führen. Häufiger ist es der gegabelte Schnabel des Schnepfenkopfes, Crista urethrae, der 2 Leistchen bildet, die mitunter an der seitlichen Wand hochgeschlagen sind, Grund einer Harnstauung. Allmählich nämlich unterhöhlt der andringende Urin diese Falten und bildet ventilartige Klappen, ähnlich den Aortenklappen, die die ganze Urethra infolge chronischer Reizung und entzündlicher Schwellung verschließen kann. Hier kann die Diagnosestellung lebensrettend wirken, da eine Exstirpation der Klappen leicht möglich ist. Entzündungen der Blase können auf den Kollikulus übergreifen, z. B. die Blennorrhoe, die dann zum teilweisen Verschluß der Ductus ejaculatorii und durch rückläufige Stauung zur Dilatation der Samenausführungsgänge führen kann. Kommt es zur Abszeßbildung am oder im Kollikulus, was jedoch sehr selten ist, so wird meistens der obere Teil des Samenhügels zerstört. Strikturen der hinteren Harnröhre führen häufig zur Bildung eines Divertikels und kann dann der Kollikulus mehr oder weniger verschwinden. Diese Strikturen sind meist blennorrhoische, da der Kollikulus gegen das Trauma sehr geschützt zu liegen scheint: während des Krieges wurde kein Fall von Verletzung des Kollikulus beobachtet. Bei Prostatitis sowie bei Tuberkulose der Prostata oder der Harnblase braucht der Samenhügel nicht mit zu erkranken. Ebensowenig darf man von einem erkrankten Kollikulus aus auf eine Erkrankung der Prostata schließen. Die früher häufig beschriebenen Polypen des Kollikulus sind, wie wir oben gesehen haben, auf falsche Deutung der physiologischen Schleimhautfalten zurückzuführen. Nach Ansicht der Verff. kann man nur von Polypen sprechen, wenn die Gebilde die Größe des Kollikulus selbst erreicht haben. Diese Polypen rezidivieren gern ohne malign zu degenerieren. Als Teil der Prostata finden sich auch in dem Kollikulus Corpora amylacea, und zwar scheint die Bildung dieser Körperchen mit dem Alter zusammenzuhängen, da man sie bei Jugendlichen nicht, bei älteren fast stets, findet. Am Schluß weisen Verff. noch darauf hin, daß eine operative Entfernung des Kollikulus bei Entzündungen stets die Gefahr einer Stenose der Ductus ejaculatorii infolge Narbenbildung und Narbenverziehung mit sich bringt, also nur in den schwersten Fällen indiziert ist.

Über Nierenmangel, Nierenkleinheit, Nierenvergrößerung und Nierenvermehrung, von Georg B. Gruber und Leo Bing-Mainz. S. 259. Verff. untersuchen die bisher z. T. noch verworrenen Benennungen der Nierenabnormitäten, wie Nierenmangel, Nierenkleinheit, Nierenvergrößerung und Nierenvermehrung und legen die Benennungen fest; indem sie ihre Theorie durch Beispiele demonstrieren. Die Fälle von völligem Nierenmangel finden sich besonders bei den als Sirenen bezeichneten Mißbildungen der kaudalen Körperhälfte. Bei den Akardiern scheint die Nierenanlage

Digitized by Google

schon eine Strecke weit entwickelt gewesen zu sein und erst sekundär sich zurückzubilden. Verf. konnte bei Akardiern eine Niere und ein Nierenbecken feststellen, obgleich der Ureter völlig zurückgebildet war. Man muß deshalb eine exakte mikroskopische Untersuchung der ganzen Gegend fordern, ehe man die Diagnose: „Aplasie der Niere", stellen kann. Wie bei der Aplasie beider Nieren ist die Aplasie einer Niere um so wahrscheinlicher, wenn auch die gleichseitige Geschlechtsdrüse und ihr Ausführungsgang fehlt. Das Verhalten der Arterien, besonders eine Abzweigung eines kleinen Arterienastes in der Höhe der Nierenarterien ist nicht beweisend für ein ehemaliges Vorhandensein der Anlage, jedoch kann das Vorhandensein eines blind endenden Ureters in dieser Richtung gedeutet werden, doch kann auch hier nur die mikroskopische Untersuchung den Ausschlag geben. Die Hypoplasie und Atrophie ist häufig durch Erkrankung oder Mißbildung des ableitenden Harnapparates bedingt; hier bringen die Abhandlungen des Verf. nichts Neues. In der weiteren Abhandlung über „überzählige Nieren" kommt Verf. zu dem Schluß, daß man nur dann von überzähligen Nieren reden kann, wenn eine dritte Niere räumlich getrennt von zwei gut ausgebildeten normal liegenden Nieren vorhanden ist. A. Rosenburg-Berlin.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1921, Bd. 20, H. 1 u. 2.

Statistik der venerischen Erkrankungen an der Leipziger Hautklinik in den Jahren 1911—1919 und ihre Beeinflussung durch den Krieg, von Kornelius Langowski. S. 1—14. Zunahme der Geschlechtskrankheiten bei beiden Geschlechtern, Vorherrschen der Blennorrhoe, zeitweiliger Abfall während des Krieges und starker Anstieg auch bei den Jugendlichen seit 1918. Auffallend ist die starke Zunahme des Ulcus molle nach dem Krieg und die im Verhältnis zu den Knaben hohe Zahl der geschlechtskranken Mädchen (besonders 2—5 Jahr). Außerdem sieht man auch hier die 1910 durch das Salvarsan bedingte Zunahme der wegen Lues behandelten Patienten.

Zur Prostituiertenkontrolle, von Scharfe-Cöthen. S. 15—19. Die Kontrolle mit dem Zweck, einzelne Infektionsquellen frühzeitig zu finden und unschädlich zu machen, ist unbedingt notwendig und muß den Ärzten (Polizeiärzten) überlassen und weiter ausgearbeitet werden. Der Schutz der kontrollierten Frau gegen § 3 des Seuchengesetzes soll den Prostituierten ein persönliches Interesse an der Kontrolle eingeben. Das Muster einer für das ganze Reich gültigen Kontrollkarte sieht neben Personalien mit Lichtbild Berichte über Infektionen, Kuren, Blutuntersuchungen, Wohnungswechsel und Kontrolluntersuchungen vor.

Enquete über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der Schweiz, von Gsell-Zürich. S. 20—24. Die 1918 gegründete Schw.G.B.G. hat mit Hilfe der Schweizerischen Ärztekommission und des Eidgenössischen Gesundheitsamtes eine Enquete in die Wege geleitet, die den Zeitraum eines Jahres (1. X. 1920—30. IX. 1921) umfaßt. Die Anzeigen werden vom Arzt kostenfrei dem Eidgen. Gesundheitsamt eingesandt und mit 50 Rappen honoriert. Die Anzeige ist anonym und in 2 Kantonen für 1 Jahr obligatorisch eingeführt.

H. 3 u. 4.

Der ärztliche Ehekonsens, von E. Finger-Wien. S. 49—53. In Anlaß des Antrags im Wiener Stadtrat äußert sich Verf. durchaus ablehnend zum ärztlichen Ehekonsens, der bei dem heute immer üblicheren außer- und vorehelichen Geschlechtsverkehr aller Kreise kaum Wert haben kann. Die geringere Infektionsmöglichkeit der Frauen und die Verminderung der Zeugung erblich geschlechtskranker Kinder bleiben trotz ärztlicher Atteste fraglich.

Ein Entwurf von Ausführungsbestimmungen für das Schubartsche Ehezeugnis (betr. Geschlechtskrankheiten), von F. Pinkus und G. Lorwenstein-Berlin. S. 54—67. Eine Durchführung des Schubartschen Einheitszeugnisses ist nicht nur ungeheuer schwierig, sondern auch in ihren Folgen äußerst fraglich. Wäre das Zeugnis zwangmäßig oder freiwillig möglich, so können die Ausführungsbestimmungen, die dem Arzt eine unermeßliche Verantwortung auferlegen, nicht streng genug sein. Verff. bringen dann ein Schema für die Untersuchung, das in seiner unerbittlichen Genauigkeit dem heutigen Stand der Wissenschaft gewissenhaft Rechnung trägt. Der Ehewerber

Digitized by Google

muß seine Angaben eidesstattlich versichern. Bescheinigte Nichtinfektiosität gilt nur bis zum Tage der Zeugnisausstellung.

Statistik der venerischen Erkrankungen an der Leipziger Hautklinik in den Jahren 1911—1919 und ihre Beeinflussung durch den Krieg, von K. Langowski-Leipzig. S. 68—77. Bei den Frauen wurde eine Abnahme der Lues beobachtet. Das 21. Lebensjahr zeigt die höchste Frequenz der Geschlechtskrankheiten. Von den 7033 behandelten Frauen standen die Prostituierten mit 28,65% an der Spitze; es folgten Arbeiterinnen (26,02%), Dienstmädchen (17.8%), Kellnerinnen (6,1%), Ehefrauen (4,29%) usw. Die geheime Prostitution hat zugenommen; der Einfluß der Messe ist, wenn auch nicht sehr deutlich, zu erkennen.

E. Dethleffsen-Heidelberg.

Bücherbesprechungen.

Die Lymphozytose, ihre experimentelle Begründung und biologisch-klinische Bedeutung, von S. Bergel. (Jul. Springer, Berlin 1921.) Seit Ehrlichs bahnbrechenden Untersuchungen über die Granulationen der weißen Blutkörperchen ist trotz aller Fülle des zutage geförderten Details die hämatologische Forschung im Grunde genommen recht steril geblieben; sie hatte sich in morphologischen Kleinkram verloren und die großen Zusammenhänge aus dem Auge gelassen. Einen ersichtlichen Schritt vorwärts bedeuten die Untersuchungen Bergels, der seit dem Jahre 1909 in zielbewußter Weise die experimentelle Forschung an die Stelle der rein morphologischen setzte, und dem dann auch der grundlegende Nachweis gelang, daß, während die Leukozyten dazu bestimmt sind, eiweißhaltige Antigene zu verdauen, abzubauen und zu vernichten, den Lymphozyten die gleiche Aufgabe gegenüber den fettigen und lipoidhaltigen Antigenen zufällt. In dem vorliegendem Buche faßt B. die Ergebnisse seiner 12jähr. Forschung zusammen; es ist erstaunlich zu sehen, wie der Verf. immer neue Wege ersinnt, um seine These zu beweisen, so daß schließlich dieser Beweis als ein völlig lückenloser erscheint. Eines der interessantesten und wichtigsten Ergebnisse der Bergelschen Untersuchungen ist, daß bei Affektionen wie Lepra, Tuberkulose und Syphilis die pathologischen Infiltrate deshalb aus Lymphozyten bestehen, weil es bei den Erregern dieser Krankheiten gilt, deren Fetthülle zu zerstören und so erst die Mikroorganismen den Abwehrkräften des Organismus zugängig zu machen. B. weist nach, daß sich im Serum der Erkrankten lipolytisches Ferment findet, das ganz spezifisch auf die Lipoide des jeweiligen Erregers eingestellt ist, aber nur auf dieses Lipoid wirkt. Er zeigt auch, daß die WR durch ein solches spezifisches, lipolytisches Ferment hervorgerufen wird, und er schließt mit Recht, daß an und für sich die WR kein ungünstiges Zeichen sei, da sie ja eben zeige, daß der Körper reichlich Antikörper gegen das syphilitische Gift produziere (diese Produktion geht eben in den lymphoiden Organen, Milz-Lymphdrüsen vor sich), und daß diese Antikörper im Blute zirkulieren. Die zahlreichen Einzelheiten der wichtigen Arbeit, die mir auch für die Syphilidologie von weittragender Bedeutung erscheint, sollten von jedem wissenschaftlich arbeitenden Syphilidologen sorgfältig studiert werden.

A. Blaschko-Berlin.

Prophylaxe der Infektionskrankheiten, von F. Gumbrecht. (Weyls Handb. d. Hygiene, Bd. 8, 3. Abt.) Der 1. Teil des vorliegenden Heftes behandelt Fragen der allgemeinen Prophylaxe, bespricht die internationalen Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung (Pilgerzüge, Auswanderer usw.), sowie besonders die deutschen Reichs- und Landeseinrichtungen. Im 2. Teil wird die spezielle Prophylaxe der einzelnen Infektionskrankheiten erörtert. Von den Hautkrankheiten werden nur die Trichophytien kurz besprochen. Die Geschlechtskrankheiten sind in diesem Heft nicht enthalten.

R. Frühwald-Leipzig.

Das Mikroskop, seine wissenschaftlichen Grundlagen und seine Anwendung, von A. Ehringhaus. (Teubner, Leipzig und Berlin 1921.) Der Verf. will in diesem Heftchen die Grundlagen und den Gebrauch des Mikroskopes den Laien zugänglich machen. Er beginnt daher mit den einfachsten Tatsachen der Optik, die er in leicht faßlicher Weise bespricht, um dann zu den komplizierteren Gesetzen der Lupe und des Mikroskopes überzugehen. Es werden dann die Konstruktion der verschiedenen Mikroskope sowie Nebenapparate beschrieben; selbstverständlich nehmen Dunkelfeld und Ultramikroskopie den ihnen gebührenden Raum ein. Den Beschluß macht die Anwendung des Mikroskopes in Wissenschaft und Technik.

R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Taschenbuch der Therapie, von M. T. Schnirer. (Curt Kabitzsch, 1921.) Die 17. Auflage dieses Werkchens bringt durch den reichlichen Inhalt jedem etwas. Es werden neue therapeutische Methoden besprochen, die Wirkungsweise der einzelnen Medikamente erörtert, die Indikationen der Heilbäder festgestellt, kurz, das Buch ist ein vortreffliches Nachschlagewerk, das bestens empfohlen werden kann.

R. Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Über die sogenannten aseptischen renalen Pyurien, von Birger Runeberg-Helsingfors. (Act. chirurg. Scandinav., 1921, Bd. 54, H. 1, S. 51—89.) Die renalen Eiterungen ohne nachweisbare Bakterien sind keineswegs immer auf Tuberkulose zurückzuführen. Zwar gelingt es in etwa 25% von wirklichen Tuberkulosefällen nicht, Bazillen nachzuweisen, aber man hat in operativ durch Nephrektomie behandelten Fällen auch bei genauester histologischer Untersuchung weder Tuberkulosebazillen, noch Muchsche Granula, weder Riesenzellen noch Tuberkulose-Granulationsgewebe nachweisen können. Dennoch sind die Fälle nicht immer rein abakteriell, zuweilen wurden in den mikroskopisch aseptischen Pyurien kulturell neben Staphylokokken auch anärobe Bakterien gefunden, öfters auch histologisch in Schnittpräparaten. Für die dann noch übrigen Fälle nimmt Verf. unbekannte Mikroben an. Als Ursachen für solche „aseptische" Pyurien werden angeführt: 1. Steine, 2. Tuberkulose, 3. kongenitale Anomalien, die eine gewisse schwächende Disposition abgeben, 4. besondere Formen einer Infektion, die zu dem Bilde einer Pyelitis follicularis führt. Diese wird als hämatogen entstandene Glomerulonephritis mit lymphogen aufsteigender Pyelonephritis aufgefaßt. Konservative Behandlung vermag diese Erkrankungen oft sehr günstig zu beeinflussen, doch soll in allen Fällen, wo eine Tuberkulose nicht absolut ausgeschlossen werden kann, zum mindesten bei einseitigen Fällen die Nephrektomie vorgenommen werden, da der Schaden bei nicht tuberkulöser Natur des Leidens geringer ist, als wenn im Falle einer doch versteckten Tuberkulose die Operation unterlassen wird. In vorgeschrittenen Fällen versagt konservative Behandlung, so daß man auch bei nicht tuberkulösen Eiterungen zur Nephrektomie gezwungen wird.

H. Lautsch-Leipzig-Gohlis.

Über Pyelozystitis beim Neugeborenen, von R. Hornung-Kiel. (Zbl. f. d. ges. M., 1921, Nr. 30, S. 1067.) Beschreibung eines Falles von schwerer fieberhafter Pyelitis bei einem drei Tage alten Kind (Zangengeburt). Der durch Katheter entnommene Urin enthielt anfangs Staphylokokken, später durch Sekundärinfektion Koli. Die Staphylokokken stammten von der Mutter, deren Episiotomie-Naht ebenfalls eine Staphylokokken-Eiterung aufwies. Vermutlich wanderten dann die Staphylokokken durch den Darm des Kindes, dessen Schleimhaut ja beim Neugeborenen ganz besonders durchlässig ist (Czerni und Moser) und dann auf dem Lymph- oder Blutwege in das Nierenbecken. Es dürfte sich wohl um den erstbeschriebenen Fall von Pyelitis so kurz nach der Geburt handeln.

F. Hirsch-Ulm.

Einseitige Nierenhypoplasie mit Mündung des Ureters in die Samenblase, von Heinz Zimmermann-München. (Zbl. f. Pathol., 1921, Bd. 32, Nr. 1, S. 1—12.) Es wird ein Fall von linksseitiger Nierenhypoplasie mitgeteilt, kombiniert mit abnormer Mündung des linken Ureters in die vergrößerte Samenblase. Das durchgängige Hohlraumsystem Samenstrang—Samenblase—Ureter ist bei Fehlen des Ductus ejaculatorius mit Sperma gefüllt. Die Mißbildung wird dadurch erklärt, daß bei Fehlen des unteren Abschnittes des primären Harnleiters ein abnorm weit kranialwärts lokalisierter Ureter ein weiter kranialwärts liegendes Segment des nephrogenen Gewebes antrifft, dessen Entwicklungsfähigkeit für Bildung des sekretorischen Nierenparenchyms nicht ausreicht.

H. Soltmann-Leipzig.

Schußverletzung der Nierengefäße, von M. Molnar. (Zbl. f. d. ges. M., 1921, Nr. 38, S. 1384—1385.) Bei einem Fall von penetrierender Bauchverletzung, kompliziert durch von Nierenverletzung herrührender schwerster Blutung wird durch rasches operatives Eingreifen, 2 Stunden nach der Verletzung, das Leben des Verletzten gerettet.

G. Assmann-Kiel.

Digitized by Google

Resistan-Salbe.

(Aktive Komplexe von **Fe-Phosphor-Verbindungen.**)

Antiseptische Salbe mit starken **granulationsanregenden** u. **epithelisierenden** Eigenschaften.

Neuartiges ionotherapeutisches Mittel, wirkt durch das Übergewicht an Kationen.

Sehr bewährt besonders bei: Äußeren Verletzungen (wie Schnitt-, Riß-, Biß- u. Quetschwunden), Frostbeulen, Brandwunden I. und II. Grades, Ekzemen, Decubitus, Ulcus cruris, Impetigo, Erysipel, Dermatomykosen, durch verschiedene ätiologische Momente hervorgerufenen Erythemen.

Agressit-Einlege-Pastillen

zur vaginalen Desinfektion.

(m-Monomethylbenzolsulfonchlorimid-Kalium, Monomethylcuprelnbihydrochlorid, Aluminiumacetotartrat.)

Sicherstes **Entkeimungsmittel** auf neuem Prinzip: Dissoziiertes **Chlor** und naszierend. **Sauerstoff.**

Verbürgt den Schutz, ohne die Schleimhaut zu reizen und ästhetisch unangenehm zu wirken. Präparat, welches die desinfizierenden Wirkungen von Chlor und Sauerstoff mit der keimtötenden Kraft eines Alkaloids vereinigt. Vorzüglich als **SCHUTZMITTEL.**

Proben und Literatur nach Anforderung.

Resistan, Gesellsch. zur Herstellung techn. und chem. Produkte m. b. H.,

Berlin-Wilmersdorf I.

Die Gesellschaft hat ihren bisherigen Namen „Timello-Ges." abgeändert in „**Resistan-Ges.**" wie vorstehend.

Gegen Furunkulose

und alle lokalen Staphylomykosen wie venerische Bubonen, Schweißdrüsenabszesse, Bartholinitis, Pyodermien, Sycosis, tiefgreifende Akne, Trichophytie, Ekzeme werden mit

STAPHAR

schnelle und sichere Erfolge erzielt. Heilung ohne chirurgischen Eingriff in wenigen Tagen, meist schon nach 2 bis 3 Injektionen.

Zahlreiche klinische Erfahrungen, ärztliche Gutachten, besonders auch spontane Äußerungen bestätigen die überraschenden Erfolge, die mit Staphar selbst in Fällen erzielt worden sind, wo andere Staphylokokkenvakzinen versagten.

„*STAPHAR*" Aufgeschlossene Mast-Staphylokokken-Einheits-Vakzine nach Professor Strubell.

Hergestellt nach der Partialantigentheorie mit besonderer Anreicherung der Lipoide und Entfernung der wasserlöslichen giftigen Bestandteile.

Nur eine Konzentration.
Originalpackungen von 3, 5 u. 10 Ampullen zu 1 ccm.
Literatur durch die

Deutsche Celluloid-Fabrik, Eilenburg 10

Abteilung Impfstoffwerk

Digitized by Google

Herr Doktor!

Unsere neue Wasch-Toilette

Ganz weißlackiert, Oberteil ist ein Wasserbehälter, 12 l fassend, aus reinem Zink. Das Wasser fließt aus einem Nickelschwenkhahn in ein großes rundes Fayencebecken mit eingeschliffenem Metallstöpsel an Nickelkette. Über dem Becken ist eine Fayenceseifenschale. Das verbrauchte Wasser fließt geräuschlos in einen beigegebenen weißen Emailleeimer, welcher im vollkommen nach allen Seiten geschlossenen Unterteil steht. Das Unterteil hat vorn eine große Tür, welche durch Nickelklinke geschlossen wird.

Versand nach überallhin unter Garantie tadelloser Ankunft.

Preis inkl. Eimer 1350 Mk.

Man besichtige unsere Ausstellung!

Wellenstein & Hönemann

BERLIN SO 16, Cöpenicker Str. 109A

Ecke Brückenstr. — Teleph.: Moritzplatz 15032/33

Stadtbahnhof Jannowitzbrücke / Untergrundbahnhof Inselbrücke

Straßenbahnen: 1, 2, 4, 6, 11, 19, 28, 29, 36, 37, 41, 45, 49, 83, 86, 87, 88, 119.

Gelokal „Pohl"

(Kalium jodat. und Hg-bijodat in Gelodurafkapseln)

Internes Antiluetikum

zur wirksamen Unterstützung der Schmier- und Injektionskuren

Originalpackungen
zu 40 Kapseln 0,2 oder 20 Kapseln 0,5

Proben und Literatur zur Verfügung

Vereinigte Gelatine-Kapsel-Fabriken

Herstellung und Vertrieb
G. Pohl & J. Lehmann'scher Präparate G. m. b. H.

Berlin NW 87, Turmstr. 68

Digitized by Google

Anurie, von H. Fruchaud-Brin. (Gaz. des hôp., 1921, Nr. 65.) Von Wichtigkeit ist die Trennung in exkretorische (infolge von Steinen oder Kompression) und sekretorische (infolge von Parenchymläsionen, Zirkulationsstörungen, Nerveneinfluß, nephrotoxischen im Blut enthaltenen Substanzen) Formen. Die Folgen der Anurie zeigen sich in der Entwicklung der Azotämie, die bei Vorhandensein frischer Läsionen der Nieren schneller auftritt. Die Heilung nach Schwinden der Anurie setzt die Wiederherstellung der Wasser- und Harnstoffausscheidung voraus. Die verschiedenen Formen und Behandlungsmethoden werden eingehend geschildert. E. Levin-Berlin.

Beitrag zur Frage der Calcariurie, von K. M. Hasselmann-Würzburg. (M. m. W., 1921, Nr. 34, S. 1080.) Als Ergebnis seiner Untersuchung eines Falles echter Kalkariurie gibt für diesen Hasselmann an, „daß die vermehrte Kalkausfuhr nicht mit einer gesteigerten Ammoniakbildung einhergeht wie bei der Azidose. Zufuhr von Alkali setzt die Ammoniakausscheidung und in geringem Maße auch die Gesamtkalkausscheidung herab, wobei aber der renale Anteil nur sehr gering abnimmt. Es bestand keine verminderte Ionenaziditäit, also keine ‚Alkalinurie'. Somit bestehen keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer sekundär entstandenen Azidose. Dagegen spricht vieles für die Auffassung einer wesentlichen Mitbeteiligung der Schutzkolloide bei dem Zustandekommen der Kalkariurie, sei es im Sinne einer quantitativen oder qualitativen Änderung der schutzkolloidalen (sic! Ref.) Serumeiweißkörper des Blutes, sei es einer Veränderung der in den Urin übergehenden und durch Adsorption eventuell Kalzium eliminierenden kolloidalen Stoffe." A. v. Notthafft-München.

Titration des Harnstoffs im Urin für klinische Zwecke, von Ernst Friedländer-Wien. (M. m. W., 1921, Nr. 38, S. 1225.) Die Methode von Freund und Fellner titriert Harn mit Sublimat und bestimmt als Zeichen des Endes der Reaktion das Auftreten von rotem Quecksilberkarbonat bei Einträufeln der austitrierten Lösung in Natriumkarbonat. Friedländer fand nun, daß 1 Molekül Harnstoff 7 Moleküle Hg bindet, bevor die rote Farbe auftritt. 1 ccm heiß gesättigter, dann erkalteter Sublimatlösung zeigt also 0,002 g Harnstoff an. Die anderen N-Substanzen des Harnes können dabei vernachlässigt werden, weil sie an Zahl und bezüglich Quecksilberverbindung ganz in den Hintergrund treten. Freund gibt nun für klinische Zwecke eine Titriermethode mit 1 ccm Urin und eine Mikromethode mit 0,2 ccm an. Für Harnstoffkonzentrationen von über 2% empfiehlt sich nur letztere. Gegenüber der Knop-Hüfnerschen Methode ergaben sich Unterschiede im Resultat von 0,2%. A. v. Notthafft-München.

e. Weibliches Genitale.

Zur Pathogenese und Klinik des vaginalen Fluors, von R. Schröder. (Zbl. f. d. ges. M., 1921, N. 38, S. 1350—1361 und Nr. 39, S. 1398—1407.) Verf. unterscheidet nach den bakterioskopischen und zytologischen Ausstrichbildern 3 Reinheitsgrade der Scheide, von denen der erste Scheidengesundheit bedeutet. Normalerweise herrscht eine harmonische Symbiose zwischen Scheidenbazillenflora und ihrem Nährboden, nämlich der Scheidenwand. Diese kann durch die verschiedensten Faktoren gestört werden, wodurch es dann zur Floraverschlechterung kommt. Ätiologisch wichtige Faktoren sind: ungenügender Scheidenschluß, eitriger Zervikalkatarrh, Karzinome, Polypen, submuköse Myome, Prolapse, entzündliche Adnextumoren, schließlich ungenügende oder aufgehobene Ovarialfunktion. Die meisten Fluorarten sind bedingt durch eine Floraverschlechterung und sekundär entstandene Scheidenwandentzündung. Die Behandlung des Fluors muß vorerst die ätiologischen Faktoren zu beseitigen suchen. Eine Heilung ist erreicht, wenn es gelingt, einen ersten Reinheitsgrad wieder herzustellen und zu erhalten.
G. Assmann-Kiel.

Der genitale „Ausfluß" und seine Behandlung, von W. Benthin-Königsberg i. Pr. (M. Kl., 1921, Nr. 31 u. 32.) Verf. bespricht mit einer für die Bedürfnisse des praktischen Arztes durchaus hinreichenden Ausführlichkeit das Symptom des „Fluors" beim Weibe und führt es auf seine Entstehungsursachen an den verschiedenen anatomischen Teilen des Genitaltrakts zurück. In ätiologischer Hinsicht wird die Bedeutung der Gonokokkeninfektion hervorgehoben, daneben aber die Bedeutung anderer Faktoren dargelegt. Der Behandlung ist eine ausführliche Besprechung gewidmet. Die ganze Arbeit bewegt sich auf gynäkologischem Gebiet und greift kaum ins Bereich der Dermatologie über. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Terpentinbehandlung bei Adnexerkrankungen, von F. Seelmann-Hamburg-Barmbeck. (Zbl. f. Gyn., 1921, Nr. 34, S. 1221—1225.) An einem Kranken-

Digitized by Google

material von 200 Adnexerkrankungen hat Verf. sehr gute therapeutische Resultate mit Terpentininjektionen erzielt. Er faßt die Terpentineinwirkungen im Sinne Biers als Reiztherapie auf und will durch diese Therapie eine Reizsteigerung am Krankheitsherd erzielen, welches sich durch verstärkte Schmerzen kund gibt. Um bei chronischen Fällen diese Herdreaktion zu erzielen, sind 4—5 Spritzen (1 ccm einer 20%igen Terpentinöllösung) nötig, bei akuten auch subakuten Fällen genügen meist 2—3. Mit erreichter Herdreaktion ist die Terpentinbehandlung abzubrechen. Ist keine Herdreaktion zu erreichen, so ist weiteres Spritzen nutzlos. Neben der Terpentinbehandlung sind die alten konservativen Mittel, wie Bettruhe, Spülungen usw. anzuwenden. Daher ist die ambulante Terpentinbehandlung bei Außerachtlassen der konservativen Therapie wertlos.

E. Hornemann-Lüneburg.

Ursachen und Behandlung der weiblichen Sterilität I, von G. Winter-Königsberg. (D. m. W., 1921, Nr. 26, S. 733—734.) Verf. rät, in Fällen ehelicher Sterilität zuerst den Mann auf Azoospermie, Oligospermie, Nekrospermie und Potentia coeundi zu untersuchen. Erst wenn man den Mann als Ursache der ehelichen Sterilität ausschließen kann, muß die Frau untersucht werden. Man unterscheidet bei der Frau primäre von sekundärer Sterilität. Unter letzterer versteht Verf. das Ausbleiben weiterer Konzeption nach früher sicher nachgewiesener Gravidität. Die Ursachen primärer Sterilität sind der Häufigkeit nach Infantilität, Stenose, Lageveränderungen des Uterus, die der sekundären Sterilität Dammriß, Deszensus, Adnexerkrankungen, Katarrhe, Para- und Perimetritis.

F. Harry-Berlin.

Zur Ätiologie der Analfissuren bei Frauen, von F. Kossmann-Mainz. (Zbl. f. Gyn., 1921, Nr. 36, S. 1286—1288.) Bei Frauen, die geboren haben, entstehen Analfissuren während der Austreibungsperiode einer Geburt. Sie sind meist am vorderen Pol des Analringes gelegen, da diese Stelle in der Richtung der Führungslinie liegt und während der Austreibungsperiode die stärkste Dehnung aushalten muß.

E. Hornemann-Lüneburg.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Einige Tatsachen zur Bewertung der Anzeigepflicht bei Geschlechtskrankheiten, von Konrich-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 7, S. 188.) Durch Zahlen aus seiner Militärpraxis von Geschlechtskranken, die ihr Leiden dem Arzt wissentlich verheimlichen und lieber zum Kurpfuscher gehen, bei dem sie ih rGeheimnis besser gehütet glauben, beweist K., daß der ärztliche Meldezwang den Kranken den Weg zum Arzt äußerst erschweren, die für die Heilung günstigste Zeit versäumen lassen und damit die Bekämpfung dieser Krankheiten nur beeinträchtigen würde.

A. de Lemos-Hamburg.

Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Rheinhessen und Bordellfrage in Mainz, von Hugo Müller-Mainz. (M. m. W., 1921, Nr. 31, S. 973.) Eine von einigen Mainzer Fachärzten aufgestellte Statistik (die aber nicht vollständig ist) ergibt nach Umrechnungen für Rheinhessen pro Jahr 896 frische Syphilisfälle, 1344 Tripperinfektionen, zusammen 2240, d. i. 64 : 10000 der Bevölkerung. Die Bordellverhältnisse sind in Mainz gut geordnet. Die 5 Häuser enthalten augenblicklich 32 Weiber. Im besetzten Gebiet müssen z. Z. hygienische Gesichtspunkte allen anderen vorgeordnet werden. In den Häusern für Farbige kommen auf 1 Dirne täglich 40—50; an Samstagen und Sonntagen 70—80 Besucher: in den Häusern für weiße Besatzungstruppen 10 bis 12. bzw. 25—30. Die Bordelle dienen zweifellos zum Schutze der weiblichen Bevölkerung vor der schwarzen Besatzung. An der Moral der Huren ist nichts mehr zu verderben. Das einzige Mittel, Minderjährige vielleicht noch zu retten, ist auch in Mainz die Zwangserziehung.

A. v. Nottbafft-München.

Zur Frage der antivenerischen Prophylaxe (Bemerkungen zu der Arbeit von Schuhmacher in Nr. 22), von F. Neufeld. (D. m. W., 1921, Nr. 26, S. 737—738.) Verf. wendet sich gegen die Ansicht Schuhmachers, daß Kalomel absolut unlöslich sei und daher keine spirochätizide Wirkung habe. Es kommt bei der Desinfektionswirkung eines Metallsalzes nicht allein auf das Metallion, sondern auf das Anion an.

F. Harry-Berlin.

Die soziale Bedeutung der Vorbeugungsmittel gegen Geschlechtskrankheiten mit Einschluß der Antikonzipientia, von H. Zeisse-Berlin. (Allg. med. Zentral-Ztg., 1921, Nr. 38, S. 225—226.) Agressit-Einlege-Pastillen werden auf Grund ihrer Chlor und Sauerstoff abspaltenden Eigenschaften als gute Desinfizientia der Vagina empfohlen.

E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Verschiedenes.

Der jetzige Stand der Lehre vom Mechanismus der Geschlechtsvererbung, von TIBERIUS PÉTERFI-Jena. (D. m. W., 1921, Nr. 24, S. 682.) Die x-Chromosomen sind die Träger der Geschlechtsfaktoren und nicht die geschlechtsbestimmenden Faktoren selbst. Die Lösung des Geschlechtsproblems in kausalanalytischem Sinne dürfen wir von der Heterochromosomenlehre nicht erwarten. F. Harry-Berlin.

Ein Beitrag zur Frage der Geschlechtsbeeinflussung, von R. E. MAY-Hamburg. (B. kl. W., 1921, Nr. 30, S. 846.) Nach der angeführten Statistik ist es wahrscheinlich, daß es keine männlichen und weiblichen Eier gibt, sondern das das Geschlecht ausschließlich vom männlichen Samen bestimmt wird. G. Heymann-Elbing.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Domestikationserscheinungen beim Menschen, von PAULSEN-Kiel-Ellerbeck. (M. m. W., 1921, Nr. 38, S. 1218—1219.) Verf. führt die starken Schwankungen der Körpergröße bei Haustieren und beim Menschen auf die Domestikation zurück. Der nur beim Haustier auftretende Pigmentschwund des Auges entspricht dem vermehrten Auftreten von Blauäugigkeit beim Kulturmenschen, während dieselbe bei Negern, Malaien und Indianern nur vereinzelt als Variante, nie als Rassenmerkmal auftritt. Am augenfälligsten ist Vermehrung der Variantenbildung an der Haut und ihren Anhängen. Unser Flügelvieh z. B. hat durch Züchtung sein Federkleid sehr verändert, ebenfalls Ziegen und Schafe das Haarkleid. Diese Veränderung vom Albinismus bis zum Melanismus und die Mischung beider (Scheckung) tritt bei wilden Tieren nie als rassenmäßige Erscheinung auf. Die gleichen Färbungsvarianten mit Ausnahme der Scheckung, die Verf. beim Menschen vielleicht in der Vitiligo wiederzufinden glaubt, können in dem Vorhandensein der weißen, schwarzen und gelben Rassenfarbe erblickt werden. Auch in der Form und Dichte der Haare bestehen beim Haustiere und Menschen zahlreichere Varianten als bei ihren wilden Artgenossen. Als pathologische Domestikationserscheinung faßt P. die Pigmentarmut auf, wie sie sich in ungenügendem Widerstand der Haut gegen Sonnenbrand bei vielen hellblonden Menschen äußert. Der ungenügende Kälteschutz des fast haarkleidlosen Menschen entspricht mutatis mutandis der Anfälligkeit der Haustiere gegenüber Erkältungen. Auch der durch europäische Kleidung herabgesetzte Widerstand der Naturvölker gegen Erkältungen und Infektionskrankheiten ist eine Domestikationsfolge. Manche Nävi, ferner Ichthyosis, Athrichosis, Albinismus sind als phylogenetische Rückschläge aufzufassen analog der Bildung mehrerer Mittelfußknochen bei Pferden. Daß die von DARWIN beschriebenen Domestikationserscheinungen im Geschlechtsleben der Tiere (Verlängerung der Brunst, variierende Schwangerschaftsdauer, Lageanomalie der Frucht beim Haustier) beim Menschen ebenfalls durch Domestikation bedingt ist, beweist Verf. durch Erwähnung der Brunstperiode bei Buschmännern sowie des Fehlens puerperaler Infektionen bei Naturvölkern. Vor allem bedauerlich als Domestikationserscheinung ist die zunehmende Funktionsuntüchtigkeit der menschlichen Milchdrüse, die durch den Besitz an Milchvieh bei den Kulturvölkern zu erklären ist und in dem milchvieharmen Ostasien nicht besteht. Verf. glaubt mit HANSEMANN, daß auch die Ursache mancher Stoffwechselkrankheiten in der durch die Kultur geänderten Ernährungsweise des Menschen zu erblicken ist. F. Jacobsohn-Berlin.

Die Messung der Oberflächenspannung als physiologische und klinische Methode, von B. KIRSCH-Köln. (M. m. W., 1921, Nr. 37, S. 1178.) Der Hauptwert der Oberflächenspannungsmessung liegt in ihrer großen Empfindlichkeit. Seltener findet sich eine Erhöhung der Oberflächenspannung einer Flüssigkeit, sondern meist eine Erniedrigung, die durch die Anwendung eventuell auch kleinster Mengen eines bestimmten oberflächenaktiven Stoffes bedingt ist. Z. B. konnte Verf. im fötalen Serum mit Ausnahme bei Eklampsie bei Mutter und Kind die gleiche Oberflächenspannung feststellen. Immerhin ist es eine vorläufig nur in sehr engen Grenzen brauchbare Methode. E. Langer-Berlin.

Über die Latenzzeit der Schmerzempfindung im Bereich hyperalgetischer Zonen bei Anwendung von Wärmereizen, von F. KAUFFMANN-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1921, Nr. 37, S. 1174.) Unterschiede in der Empfindlichkeit verschiedener Hautstellen auf denselben schwachen Wärmereiz lassen sich durch die Differenzen in der Latenzzeit der Schmerzempfindung feststellen, wobei man als Maß für die Sensibilitätsprüfung einer Hautstelle die Latenzzeit der Schmerzempfindung auf den ausgeübten

Digitized by Google

Reiz annimmt. Hierdurch kann man bei verschiedenen Stellen durch Vergleich der Latenzzeit auch quantitativ die Empfindlichkeit abschätzen, wobei sich z. B. zeigte, daß in den Headschon Zonen die Latenzzeit kürzer und ihr Schwellenwert niedriger ist. Dieselben Gesetzmäßigkeiten gelten auch für die Latenzzeit motorischer Reize. Zur Prüfung der Latenz der Schmerzempfindlichkeit muß man zwischen 2 Reizen stets eine Pause von etwa 3 Min. einschalten. E. Langer-Berlin.

Erwiderung auf Dr. Friedrich Kauffmanns Nachprüfung des Cohnheimschen Entzündungsversuches, von Felix Marchand-Leipzig. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 24, Ergänzungsheft, S. 706—710.) Verf. verteidigt energisch die Cohnheimsche Entzündungstheorie gegen die Auffassung Kauffmanns, daß die bei der Entzündung auftretenden Zellen histiogener Herkunft seien. G. Assmann-Kiel.

Beiträge zur Kenntnis der örtlichen Kreislaufstörungen, von G. Ricker und P. Regendanz. (Virch. Arch., Bd. 231, S. 1—184.) Die eingehend dargelegten Tierversuche haben zu dem Ergebnis geführt, daß die örtlichen Kreislaufstörungen durch Reizung des Gefäßnervensystems entstehen und gemäß dem verschiedenen Ausfall der Reizung in verschiedenen Formen, Typen verlaufen (1. Hauptsatz). Neben diesen Satz stellen die Verff. den anderen, aus der theoretischen Bearbeitung von Beobachtungstatsachen hervorgegangenen, daß die Gewebsveränderungen abhängig von den Kreislaufveränderungen, auf Grund der durch sie veränderten Beziehungen zwischen dem Blute und dem Gewebe, entstehen und ablaufen (2. Hauptsatz). Als Definition des Entzündungsbegriffes wird folgender Satz aufgestellt: Die Entzündung ist eine auf Nervenreizung entstehende, in verschiedenen Formen verlaufende Hyperämie, die je nach ihrem Charakter verschiedenartige Exsudation und ebenfalls je nach ihrem Charakter verschiedene Gewebsvorgänge zur Folge hat. Dieser Entzündungsbegriff würde nahezu sämtliche Kreislaufstörungen und sämtliche von ihnen abhängige Gewebsveränderungen umfassen, mithin einen sehr großen Teil der Pathologie. Da es keinen Weg nach Auffassung der Verff. gibt, solange man den Boden der kausalen Verknüpfung nicht verläßt, diesen Begriff einzuengen, liegt die Unbrauchbarkeit des Entzüngsbegriffes klar auf der Hand. Er muß deshalb aufgegeben werden und in die Reihe der historischen Begriffe treten. E. Wolf-Braunschweig.

Untersuchungen über Vorkommen und Bedeutung der histiogenen Mastzellen im menschlichen Körper unter normalen und pathologischen Verhältnissen, von M. Staemmler-Chemnitz. (Frankf. Zschr. f. Path., 1921, Bd. 25, H. 3, S. 391—435.) Der Gehalt eines Organes an Mastzellen ist im allgemeinen abhängig von seinem Gehalt an Bindegewebe. Rein parenchymatöse Organe sind fast frei von Mastzellen: Leber, Niere, Lunge, Nebenniere, Hypophyse. Etwas zahlreicher sind sie in bindegewebsreicheren Organen: Hoden, Herz, Speicheldrüsen, Pankreas. Am reichsten in Organen, die neben dem eigentlichen Parenchym reichliche Mengen fibrillären Bindegewebes aufweisen: Uterusmuskulatur, Blase, Zunge, Haut, Prostata. Findet unter pathologischen Verhältnissen in einem Organe eine Vermehrung von Bindegewebe statt (chronische Entzündung), nimmt meist auch die Zahl der Mastzellen zu. Eine Ausnahme bilden vor allem die Tumoren (Fibroadenoma mammae). Der Gehalt an Mastzellen steht zu bestimmten Bestandteilen des Bindegewebes in zahlenmäßiger Beziehung: Er ist gebunden an das Vorhandensein eines kollagenen, fibrillären Zwischengewebes, aber in weitem Maße abhängig von der Struktur des Bindegewebes, indem ein lockeres, feinfaseriges stets reicher an Mastzellen ist, als derbes, grobfaseriges, sklerotisches. Diese Struktur ist vor allem abhängig von der Menge der zwischen den Fibrillen liegenden amorphen Kittsubstanz. Ihre chemische Natur ist übereinstimmend mit dem Muzin gefunden. Ebenso enthalten die Mastzellengranula eine basophile Substanz, die in ihrer Färbbarkeit dem Muzin ähnelt und wie dieses von verdünnter Kalilauge gelöst wird. Verf. gelangt daher zu dem Resultat, daß die Mastzellen dazu dienen, das zur Bildung der interfibrillären Kittsubstanz nötige Muzin zu produzieren. H. Soltmann-Leipzig.

Die Dopaoxydase (Bloch), ein neues melanisierendes Ferment im Schmetterlingsorganismus (Biologisches Zbl., 1. Aug. 1921, Bd. 42. Nr. 8) und **Untersuchungen zum Problem des neuzeitlichen Melanismus der Schmetterlinge. I. Experimentell am überlebenden Puppenflügel des Nachtfalters Cym. or F erzeugter Melanismus und dessen Mechanik,** von Karl Hasebrock-Hamburg. H. hat auf den Grundlagen der Blochschen „Dopa"-Theorie der Melaninbildung bei den höheren Tieren das Problem des bekannten Schmetterlingsmelanismus — das auffallende und stetig zunehmende Auftreten schwarzer Schmetterlingsfärbungen und -arten in Industriezentren und Großstädten während der letzten 50 Jahre — biochemisch angefaßt. Bisher kannte

Digitized by Google

man nur die Tyrosinase als das melanisierende Ferment. Frühere morphologische Untersuchungen über die Entwicklung der schwarzen Pigmentierung der Schuppenelemente des Hamburger Falters Cym. or (auch Arch. f. Derm., 1921, Bd. 130) veranlaßten jetzt H. zu einer experimentellen Schwärzung des weißen Puppenflügels, analog wie Bloch eine solche bei den Objekten der Haut erzielt hatte. H. glückte es, in Dopa- und Tyrosinlösungen einen sich schwärzenden und zur vollen Größe in den Lösungen sich entfaltenden Flügel zu erzeugen, der vollkommen dem schwarzen Flügel der in der freien Natur vorkommenden melanistischen Abart „albingensis" des obigen Falters gleicht. Aus der histologischen Verfolgung der künstlichen Ausfärbung ergab sich eine bestimmte Mechanik der Melanisierung je nach den Entwicklungsstadien der Flügel: nämlich eine initiale Färbung, die in den sogenannten „Schuppenbälgen" (analog der Matrix beim Haar) einsetzt, um von hier über die „Schuppenwurzel" in die Schuppe aufzusteigen, und eine finale Färbung des Puppenflügels, die gewissermaßen zum Schluß, dicht vor dem Schlüpfen des Falters, die ganze Oberfläche, d. h. die Schuppenkronen übergießt. Die zahlreichen Mikrophotogramme zeigen, daß in dieser Dopa-Tyrosinreaktion zugleich eine vielleicht neue fruchtbare Methode der Färbung für dergleichen histologische Objekte gegeben ist. Nach dem Charakter der künstlichen Ausfärbung als „Oxydasenwirkung" muß angenommen werden, daß Dopa und Tyrosin als Pigmentvorstufen und „Chromogene" imstande sind, auf dem Wege über das zugleich Sauerstoff zuführende System der Tracheen sich verbreitend, in den Schuppenelementen eine verstärkte Melaninfällung zu liefern, die ähnlich, ja vielleicht identisch mit derjenigen beim natürlichen Melanismus ist. Des weiteren hat H. die Hämolymphe des Falters und zwar in Puppe, Raupe und Ei auf die Dopa- und Tyrosinreaktion geprüft. Die Versuche sind methodologisch von allgemeinerem Interesse: H. imprägnierte nämlich Filtrierpapierstreifen mit den Blutsäften von Schmetterlingen und operierte so mit oxydasehaltigen „Teststreifen", die auf die Gegenwart von Dopra und Tyrosin spezifisch eingestellt waren, also auf Melaninchromogene. Höchst bemerkenswert erscheint das Ergebnis, daß im jungen Ei des Falters nur die Dopareaktion auftritt, während die Tyrosinreaktion erst mit dem Reifen des Eies, d. h. der Entwicklung des Räupchens im Ei entsteht. Es spricht dies dafür, daß die Dopaoxydase ein selbständiges Ferment ist, das neben der Tyrosinase wirkt. In gleicher Richtung ist das Ergebnis H.s wichtig, daß im blutfreien wäßrigen Gewebeextrakt — Raupendarm und Raupenbalg — ebenfalls nur die Dopareaktion allein erscheint. (Man vergleiche hierzu das folgende Referat über neuerdings vorliegende Einwände gegen die Existenz der Blochschen „Dopaoxydase".) Autoreferat.

Erwiderung der Tyrosinase auf „Dopa". (Zugleich: Ursachen tierischer Farbkleidung IV), von Hans Przibram-Wien. (Arch. für Entwicklungsmechanik der Organismen, 1921, Bd. 48, H. 1—3.) Nach P.s Untersuchungen entstehen Zweifel, ob es sich beim Blochschen Dopamelanismus um eine vollständige „Dopaoxydase" handelt, oder ob nicht die „Dopareaktion" nur auf die Tyrosinase — deren Anwesenheit bekanntlich von Bloch bei den höheren Tieren vermißt wurde — als das entscheidende Ferment zurückgeführt werden muß. Ferner besteht nach P. die Möglichkeit, daß für die Dopareaktion eine Alkaliwirkung von seiten des Blut- und Gewebesaftes in Frage kommt. Die Unterlagen P.s sind folgende: 1. In der Eprouvette reagiert Dopa auf Tyrosinase aus Salamanderhaut weitaus stärker mit Melaninfällung als Tyrosin: daher könnte eine größere Empfindlichkeit der Grund sein, daß eine Dopareaktion bei anscheinend fehlender Tyrosinasereaktion die Gegenwart einer besonderen „Dopaoxydase" nur vortäuschte. 2. In der Eprouvette wird Dopa im Gegensatz zu Tyrosin bereits durch Hinzufügung schon geringer Mengen von Alkali in seiner „gemeinen" Neigung zu spontaner Melaninfällung wesentlich verstärkt, ohne daß eine besondere Oxydase vorhanden zu sein braucht. 3. Als weiteres Argument führt P. an, daß Bloch und seine Schüler es vergebens versucht haben, wäßrige Lösungen von „Dopaoxydase" aus der Haut zu erhalten, und daß immer nur der „Hautbrei" eine schwache Dopareaktion ergab. Weitere interessante theoretische Schlüsse über die Prozesse bei der Melaninbildung müssen aus dem Original ersehen werden. Ref. erscheinen die Ergebnisse P.s im Hinblick auf seine eignen oben referierten Dopaprüfungen am Schmetterlingsorganismus noch nicht zwingend genug, um die Existenz der „Dopaoxydase" ganz leugnen zu können. Außerdem beseitigt die von ihm gefundene Tatsache des Ausfalles der Tyrosinreaktion im Gewebeextrakt (gegenüber starker Dopareaktion) das Argument P.s von der Unmöglichkeit der Herstellung wäßriger Lösungen der Dopaoxydase, wenigstens für das Objekt des Falters Cym. or. Weitere Mitteilungen hierüber werden demnächst in neuen Versuchsresultaten erfolgen. Ebenso über die Frage der Alkalisierung. K. Hasebrock-Hamburg.

Digitized by Google

Über Pigmentzentren bei Säugetieren, von Hans Krieg-Tübingen. (Anat. Anz., Bd. 54, Nr. 17, S. 23.) Pigmentzentren treten in jenen Fällen auf oder bleiben als Dauerbildungen erhalten, in denen erstens das Individuum die erhebliche Fähigkeit besitzt, das in Betracht kommende Pigment zu produzieren und in denen es zweitens nicht zu einer gleichmäßigen Ausbreitung dieses Pigmentes kommt. Die einzelnen Zentren sind dann am deutlichsten zu erkennen, wenn die Pigmentbildung zwar eine intensive, die Pigmentausbreitung aber eine besonders geringe ist. Die verschiedenen Bilder der Pigmentausbreitung, also auch das Zustandekommen von Pigmentzentren, ist als korrelative Begleiterscheinung ontogenetischer Wachstumsvorgänge aufzufassen, d. h. die Ausbreitung des Pigments und der Zeitpunkt ihrer Sistierung ist im großen ganzen von den dynamischen Verhältnissen während und nach der Wachstums- und Konsolidierungsperiode der äußeren Bedeckungen abhängig.

G. Assmann-Kiel.

Vergleichende histologische Untersuchungen der Haare von Ziege, Reh und Hirsch, von J. H. Gröttrup. (Veterin. med., Diss., Hannover 1920.) Aus dem anatomischen Institut der Tierärztlichen Hochschule zu Hannover.

F. Weiler-Leipzig.

Über identische Mißbildungen, besonders Hypospadie, bei eineiigen Zwillingen, über die Entstehung und morphologische Bedeutung des Frenulums praeputii, zugleich ein Beitrag zur Frage nach der ersten Entstehung und dem Wiederverschwinden erblicher Mißbildungen, von Alfred Rumpel-Leipzig, Chir. Univ.-Klin. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 25, H. 1, S. 63—96.) Sämtliche Formen des Pseudohermaphroditismus masculinus externus bilden eine morphologisch und genetisch einheitliche Mißbildungsgruppe. Das Präputium der Glans und das Präputium der Klitoris einerseits, das Frenulum praeputii glandis und das Frenulum praeputii clitoridis andererseits sind einander durchaus homolog. Alle vier genannten Gebilde sind morphologisch und genetisch identische Bildungen. Die Frenula sind keine Bildungen besonderer Art, sondern lediglich durch die besonderen örtlichen Verhältnisse modifizierte Teile des Präputiums. Von eineiigen Zwillingen sind stets beide mit derselben erblichen Mißbildungsform behaftet. Die erste Entstehung erblicher Mißbildungen in einem bis dahin gesunden Stammbaum ist auf Störungen bei der Abtrennung der Keimzellen von den somatischen Zellen oder Störungen bei den Reifungsteilungen der Spermatozoen oder bei der Eireifung zurückzuführen. Zu dem Zustandekommen der Mißbildung gehört außerdem noch, daß die Mißbildungsanlage durch den Befruchtungsvorgang nicht zum Verschwinden gebracht wird. Der Befruchtungsvorgang hat wesentlich die Bedeutung, daß Fehler einer oder beider kopulierender Zellen durch Ausgleich zum Verschwinden gebracht werden. Hierauf beruht das Wiederverschwinden erblicher Mißbildungen aus einem mit der Mißbildungsanlage behafteten Stammbaum.

G. Assmann-Kiel.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Vom 2. bis 5. April findet in der Universitäts-Hautklinik (Prof. Arning) und in der Lupusheilstätte (Dr. Wichmann) in Hamburg eine Vortragsreihe über Strahlentherapie für Dermatologen statt. Anmeldung bei Priv.-Doz. Dr. H. Ritter, Krankenhaus St. Georg.

Geh. Med.-Rat Prof. C. Posner wurde zum Ehrenmitgliede der Berliner Urologischen Gesellschaft gewählt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. März 1922 | Nr. 9 | Band 74

Ein Fall von Leukoderma bei Pityriasis lichenoides chronica[1]).

Von

Prof. Dr. Johan Almkvist in Stockholm.

Mit 1 Tafel.

Seit langer Zeit gilt Leukoderma syphiliticum als eine für Syphilis sehr charakteristische Veränderung, und trotzdem gleichartige weiße Flecken auch bei Psoriasis und Ekzema seborrhoicum auftreten können, steht doch der diagnostische Wert des Leukoderma syphiliticum bis jetzt noch fest. Sehr wichtig ist es deshalb, daß seit 1910 das Vorkommen eines Leukoderma bei einer vierten Krankheit, nämlich Pityriasis lichenoides chronica (Juliusberg) oder Dermatitis psoriatiformis nodularis (Neisser-Jadassohn) mehrmals beschrieben ist. Otto Sachs erwähnt 1920 (2) alle bis jetzt (von Arndt, Oppenheim, Scherber (4), Kren (1), Pick, Rusch) beschriebenen Fälle von Leukoderma bei dieser Krankheit und fügt noch einen eigenen Fall hinzu. Alle diese Fälle hatten der Beschreibung nach ein dem syphilitischen sehr ähnliches Leukoderma am Halse. In einem kürzlich veröffentlichten Fall von Sato (3) fand sich gleichfalls ein syphilisähnliches Leukoderma am Halse, außerdem aber ein Leukoderma an den Schulterblättern, den Schultern und den Seitenteilen des Rumpfes. Ein von mir beobachteter Fall verhält sich in dieser Hinsicht etwas anders, und ich finde denselben deshalb erwähnenswert.

26jähr. Buchbinder, der mich am 3. IV. 1920 wegen eines ausgebreiteten, seit Januar desselben Jahres bestehenden Ausschlags aufsuchte. Er selbst glaubte, daß es sich um Syphilis handle, weil einer seiner Freunde, der an Syphilis litt und „deshalb diese Krankheit kannte", vor kurzem den Ausschlag gesehen und dabei diese Diagnose gestellt hatte.

Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich ein ziemlich dichtes Exanthem über dem ganzen Stamm und zerstreute Effloreszenzen an den Extremitäten. Frei von Hautveränderungen waren der Kopf, der Hals, der Nacken, die Genitalien, die peripheren Teile der Extremitäten und die Schleimhäute. Die Mehrzahl der Effloreszenzen des Exanthems bestand aus stecknadelkopfgroßen bis gut linsengroßen Papeln von rotbrauner Farbe, die scharf begrenzt waren, und teilweise mehr oder weniger schuppend. Außerdem kamen auch etwas größere, mehr diffus begrenzte, gelbrote, schuppende Flecken zerstreut vor. Keine subjektiven Beschwerden.

Beim ersten Blick bot wohl das Exanthem ein etwas syphilisähnliches Bild dar; die verschiedene Größe der Effloreszenzen und die kleienförmige Schuppung stimmten aber nicht zu der Diagnose eines syphilitischen Exanthems. Da Patient selbst glaubte, daß er Syphilis habe, schlug ich vor, ihm durch Biopsie Sicherheit zu verschaffen. Etwas

[1]) Demonstriert in der Dermatologischen Gesellschaft in Stockholm am 13. X. 1920. Siehe Acta Dermato-Venereologica, Bd. 1, S. 475: A Case of Pityriasis Lichenoides Chronica with Depigmented Spots after the Papules.

Digitized by Google

später am selben Tage wurde eine etwas weniger als mittelgroße und wahrscheinlich frischere Papel exstirpiert. Gleichzeitig wurde auch eine Blutprobe zur WR entnommen.

Die histologische Untersuchung zeigte in der Kutis ein Zelleninfiltrat, bedeutend geringer als in einer syphilitischen Papel und im Gegensatz zu dieser ganz ohne Plasmazellen. Das Infiltrat bestand aus uncharakteristischen, einkernigen Rundzellen, wuchernden Bindegewebszellen und vereinzelten polynukleären Leukozyten. Im übrigen sah man etwas Ödem im Bindegewebe und einige nicht gut ausgebildete Mastzellen. Die Epidermis war nicht wie in einer syphilitischen Papel mehr oder weniger platt gedrückt, die interpapillären Zapfen waren im Gegenteil verlängert, das Rete Malpighii zeigte stellenweise ganz deutlichen spongiösen Zustand, und an einigen Stellen sah man in der Hornschicht kernhaltige Zellen.

Die serologische Untersuchung auf die WR ergab 100% Hämolyse. Dasselbe Resultat zeigten auch die folgenden Proben am 5. IV., 25. V. und 17. VIII.

Das chronische Auftreten und das klinische Aussehen der Hautveränderungen, die histologischen Untersuchungen und die mehrmals ganz negative WR berechtigten also übereinstimmend dazu, die Diagnose Syphilis auszuschließen und die Diagnose Pityriasis lichenoides chronica festzustellen.

Die Behandlung mit Naphthalanpaste und Naphthol-Schwefel-Seife-Vaselin bis Anfang Juni war ohne Erfolg.

Am 17. VIII. stellte sich Pat. wieder vor, jetzt in einem veränderten Zustand. Er hatte selbst bemerkt, daß der Ausschlag während seines Aufenthaltes in den Schären außerhalb von Stockholm vom 10.—24. VI., in welcher Zeit er täglich lange Sonnenbäder genommen hatte, verschwunden war und an seiner Stelle weiße Flecken aufgetreten waren. Im Juli begannen sich aber hier und da neue Effloreszenzen zu zeigen, sie blieben jedoch sehr spärlich. Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich jetzt folgendes Bild: Das frühere Exanthem war verschwunden. Die Haut hatte infolge der vielen Sonnenbäder einen bräunlichen Farbenton angenommen, aus welchem diffus zerstreute depigmentierte Flecken deutlich hervortraten. Diese waren hauptsächlich am Stamme zu sehen, wo auch die Hautfarbe stärker braun war als an den Extremitäten; besonders deutlich war das Bild an den Seiten des Stammes.

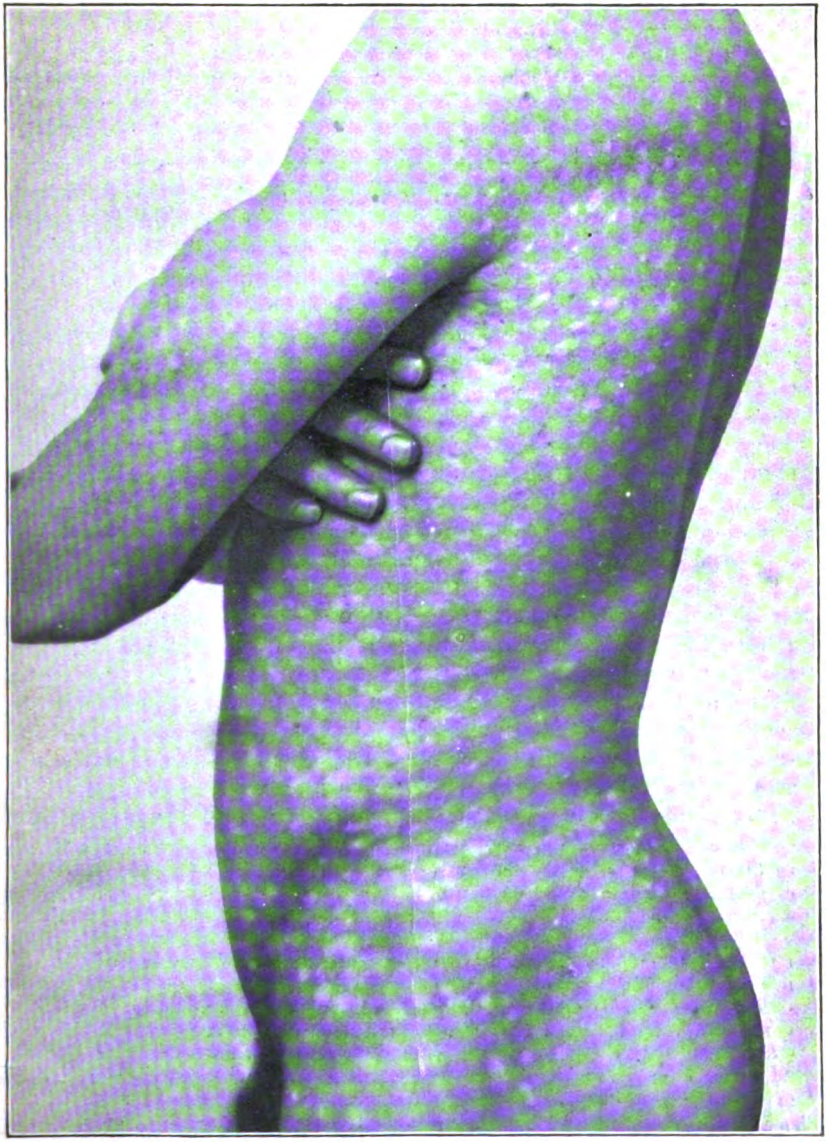
Wie die beistehende Figur zeigt, waren diese Flecken diffus zerstreut, ganz wie die Effloreszenzen des früheren Exanthems und ebenso dicht gestellt, wie diese. Es machte den Eindruck, daß sie die Stellen der früheren Effloreszenzen eingenommen hatten, sie schienen mir nur etwas größer als diese, dabei aber von derselben Form. Exstirpation eines Fleckes wollte Pat. nicht erlauben.

Außer diesen weißen Flecken sah man stecknadelkopfgroße und etwas größere Effloreszenzen von oben beschriebenem Aussehen. Diese waren es, deren Auftreten Pat. im Juli beobachtet hatte. Sie waren hauptsächlich zwischen den weißen Flecken lokalisiert, hier und da aber im Zentrum eines depigmentierten Fleckes (siehe in der Figur den großen Fleck in der linken Hüftregion, ungefähr an der Spina iliaca anterior superior).

Ich verordnete dem Pat. dann Lichtbehandlung. Da er aber keine Zeit für eine solche hatte, gab ich ihm Arsenik in Pillen. Bis 4. X. blieb dann der Zustand ziemlich unverändert. An diesem Tag entschloß sich Pat. auf mein Anraten, doch die Lichtbehandlung zu versuchen. Am 4. XI. war der Ausschlag etwas vermindert, die weißen Flecken traten deutlicher hervor und zeigten sich auch an den Oberschenkeln. Am 4. XII. war der Ausschlag beinahe verschwunden und das Leukoderma noch deutlicher. Nach diesem Tage habe ich den Pat. nicht mehr gesehen.

Es handelt sich also hier um das Auftreten weißer Flecken an den Stellen, wo früher Effloreszenzen einer Pityriasis lichenoides chronica saßen. Hätte ich eine histologische Untersuchung eines weißen Fleckes machen können und dabei Reste des Papelinfiltrates

Digitized by Google



Almkvist, Leukoderma bei Pityriasis lichenoides chronica.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

Digitized by Google

Digitized by Google

gefunden, so wäre dies ein voller Beweis gewesen, daß die weißen Flecken an den Stellen der Effloreszenzen aufgetreten waren, ganz wie bei Syphilis die Roseolaflecken und bei Psoriasis die Psoriasispapeln bei ihrem Verschwinden weiße Flecken zurücklassen (Ehrmann, Brandweiner). Jetzt kann ich nur sagen, die weißen Flecke scheinen die Effloreszenzen ersetzt zu haben.

Wenn in den früheren Fällen das Leukoderma bei Pityriasis lichenoides chronica als ganz syphilisähnlich beschrieben ist, so muß ich meinen Fall als mehr Leukoderma psoriatiforme-ähnlich bezeichnen. Die Flecken sind nämlich von verschiedener Größe und — ganz wie das Leukoderma psoriatiforme gewöhnlich auf einer chrysarobin-pigmentierten Haut hervortritt — auf einer sonnenpigmentierten Haut entstanden. Ein prinzipieller Unterschied liegt aber meiner Überzeugung nach hierin keineswegs. In Übereinstimmung mit den Untersuchungen von Ehrmann und Brandweiner glaube ich, daß die Ursache der weißen Flecken bei allen Krankheiten eine ähnliche ist, nämlich die herabsetzende Einwirkung eines Agens in den Effloreszenzen auf die Pigmentbildung der Haut, wodurch die pigmentierten Flecken immer der Form und Größe der Effloreszenzen entsprechen. Deshalb beruht das Aussehen eines Leukodermas auf der Lokalisation, Ausbreitung, Form und Dauer eines Exanthems nebst dessen Verhalten zu der Hautpigmentation. Die verschiedene Ausbreitung des Leukodermas in dem Falle Satos und in meinem Falle ist deshalb meiner Meinung nach nur die Folge der verschiedenen Ausbreitung der beiden Exantheme.

Sowohl Scherber wie Kren scheinen auch in ihren Fällen den Übergang von Effloreszenzen in Leukodermaflecken beobachtet zu haben. So bemerkt der erste: „Daß nach völligem Rückgang einzelner, typischer, fleckförmiger Pityriasis lichenoides chronica-Herde, die am dunkler pigmentierten Hals lokalisiert waren, deutliche Leukodermaflecke resultieren," und der letztere sagt, daß die „leukodermaähnlichen Erscheinungen am Halse" entstanden sind „durch Insolation der Effloreszenzen mit nachträglichem Schwund der Knötchen".

Ich glaube deshalb, daß mein Fall von Leukoderma e Pityriasis lichenoides chronica (Leukoderma pityriasiforme) mit den übrigen veröffentlichten Fällen ganz identisch ist, und daß nur eine andere Ausbreitung des Exanthems und der Hautpigmentierung die verschiedene Lokalisation und das verschiedene Aussehen bedingt.

Meine Beobachtung über die gute Einwirkung des Sonnenlichtes auf die Pityriasis lichenoides chronica scheint nicht vereinzelt dazustehen, denn Sachs erwähnt, daß Klausner über gute Resultate nach Sonnenbestrahlung berichtet.

Literatur.

1. Kren, Eine 32jähr. Schaffnerin mit Pityriasis lichenoides chronica. Verh. d. W. derm. Ges., 24. V. 1917. Arch. f. Derm., Bd. 125, S. 173—174. — 2. Sachs, Otto, Zur Pathologie und Therapie der Pityriasis lichenoides chronica. W. m. W., 1920, Nr. 30/31, Sp. 1375—1378. — 3. Sato, K., Über Leukoderma bei Parapsoriasis. Derm. W., 1921, Bd. 73, S. 939—943. — 4. Scherber, Fall von Pityriasis lichenoides chronica. Verh. d. Wien. derm. Ges., 16. XI. 1916. Arch. f. Derm., Bd. 125. S. 30—31.

Digitized by Google

Aus der Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten in Dortmund (Leitender Arzt: Prof. Joh. Fabry).

Zur Technik der Anwendung von Radium und Mesothorium in der Dermatologie.

Von

Dr. med. Werner Brinckmann, Assistent der Klinik.

Schon bald nach Entdeckung des Radiums (1900) und des Mesothoriums (1896) setzte eine therapeutische Erprobung an lokalen Krankheitsprozessen ein. Danlos ist hier mit an erster Stelle zu nennen, denn seine Arbeiten datieren von 1900 an. Seitdem ist schon viel über die Erfolge der Radium- und Mesothoriumbestrahlung, sowie über die Technik der Anwendung der Präparate veröffentlicht worden. Man kann sagen, daß über kaum ein anderes therapeutisches Mittel die Ansichten über dessen Wert und Erfolge so geteilt sind, wie über Radium und Mesothorium. Während die einen Autoren über ganz überraschende, zum mindesten aber über befriedigende Resultate berichten, haben andere dagegen mehr oder weniger große Mißerfolge zu verzeichnen, die häufig einer zu geringen Aktivität der Präparate zugeschrieben werden. Doch sind die meisten Mißerfolge sicher auf Fehler in der Technik der Anwendung der Präparate zurückzuführen.

Im folgenden soll nun einiges über die Präparate selbst, über die Technik ihrer Anwendung, wie sie an der dermatologischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten zu Dortmund gehandhabt wird, und die dabei gemachten Erfahrungen näher ausgeführt werden.

Juni 1914 wurden von der Auergesellschaft, Berlin, montiert: ein Radiumpräparat von 19,65 mg $RaBr_2 + 2\,H_2O$ für die Hautklinik, und ein Präparat von 29,20 mg $RaBr_2 + 2\,H_2O$ für die chirurgische Klinik.

Die ursprüngliche Form der Präparate war ein Glasröhrchen. Da dieses aber für dermatologische Zwecke unbrauchbar war, denn hier handelt es sich wohl stets um flächenhafte Prozesse, so beschloß man, aus dem ersten zwei Präparate von etwa je 10 mg zu machen. Nach dem Muster der Bonner und Breslauer Hautklinik wählte man am zweckmäßigsten die quadratische Plättchenform. So entstand:

Präparat 184 mit 9,85 mg $RaBr_2 + 2\,H_2O$ und
Präparat 185 mit 9,80 mg $RaBr_2 + 2\,H_2O$.

Das Radiumsalz war auf Lack montiert. Hierzu wurden Messingfilter von 0,3—1,0—1,5 mm Dicke geliefert. Die Seiten der quadratischen Grundfläche sind 1,3 cm lang, die Grundfläche also selbst 1,69 qcm groß.

Auf der Rückfläche ist eine kleine Öse aufgelötet, in welcher eine Kette oder ein Faden befestigt werden kann, der zur Fixation des Präparates dient.

Die Präparate haben nach ihrer ersten Teilung manche Verluste an kostbarem Radiumsalz erlitten und Verbesserungen erfahren, die durch

Digitized by Google

die Verluste bedingt wurden. Schon nach einem Jahre zeigten sich die ersten Schäden, die die Präparate trotz sorgfältigster Handhabung erlitten hatten. Der Lack war anscheinend durch die Wirkung der Körperwärme brüchig geworden. Um einen Verlust an Radiumsalz zu verhindern, wurde auf beiden Präparaten eine 0,05 mm dicke Kupferfolie aufgelötet. Man wählte eine Kupfer- und nicht eine Silberplatte, weil das Kupfer einen etwas geringeren Teil der β-Strahlen absorbiert als das Silber, die Ausbeute an wirksamer Strahlung bei der Kupferplatte also größer ist.

Mai 1919 hatte sich die Kupferfolie des Präparates 184 gelockert, wobei ein großer Verlust an Radiumsalz (2,4 mg) eingetreten war. Die Aktivität wurde auf 8,1 mg aufgefüllt.

Nach weiterem Gebrauch zeigten sich mehrere kleine Dellen in der Kupferfolie. Da die Präparate auch nachts, und zwar bisweilen ohne Filter gebraucht wurden, so konnte es leicht geschehen, wenn sich die Patienten im Schlaf auf das Präparat legten, daß sich diese Dellen eindrückten. Ferner ist es erklärlich, daß sich bei derartig empfindlichen Präparaten durch die Ausdünstungen der Haut, besonders von eiternden Stellen, sehr leicht die Verlötungen lockern, zumal die Präparate nur durch Ölpapier und nicht immer durch Filter geschützt waren. Um diese Verletzungen der Kupferfolie in der Folge zu verhindern, wurde zunächst die Folie des Präparates 184 mit einem Silberkreuz versehen. Die Silberstreifen haben eine Breite von 0,1 cm, ihr Kreuzungspunkt liegt in der Mitte der Kupferfolie, so daß die quadratische Grundfläche des Präparates in vier kleinere Quadrate eingeteilt wird. Dezember 1920 wurde mit der Auergesellschaft eine Vereinbarung getroffen, daß alle Präparate in halbjährigen Zwischenräumen eingeschickt und geprüft werden sollten, auch wenn keine sichtbaren Defekte festgestellt seien. Das Präparat 185, welches von gleicher Größe wie Präparat 184 ist, hatte eine Anfangsaktivität von 9,80 mg. Während seiner Anwendung machte es ähnliche Verluste und genau dieselben Verbesserungen (Kupferfolie, Silberkreuz) wie Präparat 184 durch.

Im übrigen verweise ich weiter unten auf eine genaue und übersichtliche Zusammenstellung der Verlustziffern der einzelnen Präparate.

August 1919 wurde das Mesothoriumpräparat 446 mit einer Aktivität von 8,54 mg (bezogen auf die γ-Strahlung eines Milligramms $RaBr_2 + 2\,H_2O$) und mit Nickelfilter von 0,5 mm Wandstärke geliefert.

Da Prof. Fabry bei der Anschaffung dieses Präparates von der Absicht ausging, es sowohl für Bestrahlungen von Krankheitsprozessen an der Körperoberfläche, wie auch für solche in den natürlichen Körperöffnungen zu gebrauchen, so gab man dem Präparat die Form eines Halbzylinders, dessen Schmalseiten abgerundet wurden. Diese Beschaffenheit des Mesothoriumpräparates ermöglichte es einmal, mit seiner ebenen Grundfläche Krankheitsherde der Körperoberfläche zu bestrahlen, andererseits aber auch infolge der gewölbten Außenfläche Herde zu bestrahlen, die an den Innenflächen von Körperhöhlen lokalisiert sind (Nasengänge, Mundhöhle, Fisteln, vaginale, zervikale, intratumorale Anwendung).

Die abgerundeten Schmalseiten verhindern beim Ein- und Ausführen des Präparates eine Verletzung der Schleimhaut. Das Präparat hat eine Länge von 2,6 cm und eine Breite von 0,7 cm, mithin eine wirksame

Digitized by Google

Grundfläche von 1,82 qcm. Das Mesothoriumsalz ist in gleicher Weise wie das Radiumsalz der anderen Präparate auf Lack montiert. Die ebene Fläche war mit einer Kupferfolie von 0,07 mm Dicke armiert, während die gewölbte Außenfläche mit einem Silbermantel von 0,5 mm Wandstärke bedeckt ist, der gleichzeitig als Filter dient.

Februar 1920 wurde dann noch zum Schutze der Kupferfolie ein Silberkreuz von gleicher Stärke wie bei den Radiumpräparaten aufgelötet.

Nach längerer Anwendung dieses Präparates zeigte sich in vielen Fällen eine äußerst heftige Reaktion des bestrahlten Krankheitsherdes. So trat z. B. bei ulzeriertem Lupus eine starke Rötung, vermehrte Sekretion und Schorfbildung auf. Da die Patienten dies unangenehm empfanden, sahen wir uns veranlaßt, die Kupferfolie durch eine Silberplatte von 0,12—0,13 mm Dicke zu ersetzen, um dadurch eine stärkere Absorption der β- und γ-Strahlen zu erreichen, wodurch wieder eine weniger heftig auftretende Wirkung erzielt wurde.

Bei der letzten, kürzlich erfolgten Prüfung wurde eine Aktivität von 8,04 mg festgestellt; mithin ist seit der Anschaffung, also in $2^1/_4$ Jahren, und trotz täglichen Gebrauches ein Verlust von nur 0,5 mg eingetreten.

Juni 1914 erhielt die chirurgische Klinik der Städtischen Krankenanstalten ein Radiumpräparat von 29,20 mg $RaBr_2 + 2\,H_2O$. Das Radiumsalz ist in einem kleinen Silberröhrchen von 0,2 mm Wandstärke montiert; dieses wieder in einem größeren, etwa 3 cm langen Silberröhrchen eingeschlossen, welches gleichzeitig zum Schutz und als Filter dient.

Dieses Präparat Nr. 191 wird nach einem Übereinkommen mit der chirurgischen Klinik von der Frauenklinik an vier Tagen und von der Hautklinik an drei Tagen in der Woche benutzt. Es findet in der Dermatologie hauptsächlich Anwendung zur intranasalen und intratumoralen Bestrahlung.

Durch die viel festere Konstruktion und durch die durch die Röhrenform bedingte gleichmäßigere Verteilung eines eventuell stattfindenden Druckes ist dieses Präparat seit seiner Anschaffung bisher vor jedem Verlust an kostbarem Radiumsalz verschont geblieben.

Im folgenden möchte ich eine kurze tabellarische Zusammenstellung geben über die Milligrammstärke unserer Präparate zur Zeit ihrer Lieferung und nach der letzten Messung:

Präparat Nr.	Geliefert	Anfangsstärke mg	Letzte Messung	Aktivität mg	Verlust mg
184	Juni 1914	9,85	Jan. 1921	7,09	2,76
185	Juni 1914	9,80	Juni 1921	7,24	2,56
446	Aug. 1919	8,54	März 1921	8,04	0,5
191	Juni 1914	29,20	März 1921	29,20	—

Wie aus dieser Zusammenstellung hervorgeht, haben die beiden Silberplättchen-Radiumpräparate die größten Verluste erlitten, und zwar vornehmlich in der ersten Zeit ihrer Anwendung.

Digitized by Google

Die Technik der Anwendung ist folgende:

Die Präparate werden, mit Ölpapier umwickelt, auf die zu bestrahlende Stelle aufgelegt und mit Leukoplaststreifen an der umgebenden Haut fixiert. Das Ölpapier soll durch seine Undurchlässigkeit für Flüssigkeiten das Präparat und besonders die aufliegende Kupferfolie gegen Ausdünstungen der Haut schützen. Bei Applikation des Mesothoriumpräparates und des Silberröhrchens in den Körperöffnungen wird ein dünner Seidenfaden durch die Öse gezogen, nach außen geleitet und hier mit Heftpflaster auf der Haut befestigt. Auf diese Weise können die Präparate nicht verlorengehen.

Das Auflegen und Abnehmen der Präparate geschieht stets mit den Händen, niemals mit Pinzetten, da durch diese sehr leicht Beschädigungen der Präparate und Verluste an Radiumsalz eintreten können.

Um die Anwendungstechnik zu vereinfachen und die Radiumwirkung zu beschleunigen, sind wir in vielen, uns dafür geeignet erscheinenden Fällen von Lupus, Karzinom, Nävus, Keloid usw., so vorgegangen, daß wir unter Infiltrationsanästhesie mit Novokain-Adrenalin den Krankheitsherd galvanokaustisch zerstörten und so für die Radium- und Mesothoriumbehandlung vorbereiteten. Die Radiumapplikation schloß sich dann unmittelbar an die Kaustik an. Handelt es sich um die Bestrahlung von ausgedehnteren, flächenförmigen Prozessen (Lupus der Wangen, große Nävi), so kann es geschehen, daß in einer Sitzung dieselbe Stelle zweimal bestrahlt wird, wodurch sehr leicht unerwünschte Nebenwirkungen verursacht werden können. Um diese zu verhindern, verfahren wir so, daß wir nach dem Auflegen der Präparate das bedeckte Feld mit einem Dermographen markieren und so beim Wechseln der Plättchen sehen können, welche Stellen schon bestrahlt sind.

Bei so großen Prozessen legen wir die beiden Radium-Silberplättchenpräparate und, wenn angängig, auch das Mesothoriumpräparat dicht aneinander. Auf diese Weise erhalten wir eine möglichst große, strahlenaussendende Grundfläche. Die Dauer der einzelnen Bestrahlung schwankt zwischen 10—60 Milligrammstunden. Im allgemeinen wird ein kleiner, bis etwa pfennigstückgroßer Herd mit einem Silberplättchenpräparat 1 bis 2 Stunden in einer Sitzung bestrahlt.

Die Dauer beträgt somit 10—20 Milligrammstunden.

Handelt es sich um größere Herde, so werden 2 oder 3 Radiumpräparate zugleich aufgelegt und bleiben 1—2 Stunden auf derselben Stelle liegen. In diesem Falle ist die Applikationszeit 20—60 Milligrammstunden. Werden in einer Sitzung mehrere Stellen nacheinander mit einem oder mehreren Präparaten bestrahlt, so beträgt die Bestrahlungsdauer entsprechend mehr Milligrammstunden. Im allgemeinen kann sie jedoch bei dem einzelnen Patienten nicht über 60 Milligrammstunden ausgedehnt werden.

Aus welchen Gründen die Bestrahlungsdauer, im gewissen Sinne zum Nachteil des Einzelnen, jedoch zum Wohle der Gesamtheit, nicht beliebig ausgedehnt werden kann, sollen die folgenden Worte zeigen.

Schon bald nach Anschaffung der beiden ersten Präparate entstand eine außerordentlich lebhafte Nachfrage von seiten der Patienten. Es waren in erster Linie die verschiedenen Lupusformen, bei denen bisher

Digitized by Google

jede andere Therapie erfolglos gewesen war, die Heilung oder zum mindesten Besserung ihres Leidens vom Radium erhofften; ferner auch viele Fälle von Hautkarzinom und Nävus aller Formen, die eine Exzision ablehnten. Die Zahl der Patienten wuchs schnell derartig an, daß der einzelne Patient nur in Abständen von 4—6 Wochen zur Bestrahlung bestellt werden konnte, wobei die jedesmalige Applikationszeit durchschnittlich 40—60 Milligrammstunden war. Im Anfang waren wir bestrebt, möglichst viel Patienten zu bestrahlen. Dies konnte dadurch geschehen, daß wir durch Fortlassen der Filter eine schnellere und intensivere Wirkung zu erzielen suchten.

Nachdem zu den beiden ersten Präparaten noch zwei andere hinzugekommen sind, und somit uns in diesen vier Präparaten nach der letzten Messung insgesamt 51,57 mg Radiumbromid zur Verfügung stehen, brauchen wir nicht mehr so sehr darauf bedacht zu sein, durch Fortlassen der Filter in möglichst kurzer Zeit eine möglichst starke Wirkung zu erzielen.

Zwar können wir auch jetzt noch nicht trotz der erhöhten Menge den einzelnen Patienten in kürzeren Intervallen als 4—6 Wochen bestrahlen, denn die Zahl der Patienten hat ebenfalls in den letzten Jahren gewaltig zugenommen und nimmt noch täglich zu. Nun ist andererseits zu beachten, daß zwischen zwei Sitzungen ein Zeitraum von 2—3 Wochen stets gewahrt bleibt, denn die häufig beobachteten Reizerscheinungen, wie Rötung, Schuppung, Zunahme der Sekretion bei ulzerösen Prozessen, treten zumeist erst nach etwa 10—14 Tagen auf und brauchen fast ebenso lange zum völligen Abklingen, woraus hervorgeht, daß die einzelnen Sitzungen nicht zu schnell aufeinanderfolgen dürfen.

Bei einigen Patienten, besonders solchen mit ulzeriertem Lupus des Gesichts, sah ich etwa 10—14 Tage nach der letzten Bestrahlung eine äußerst heftige Reaktion der bestrahlten Felder auftreten: Rötung, Zunahme der Sekretion, Krustenbildung. Manche Patienten kamen in diesem Zustand von selbst zur Untersuchung. Nach einigem Nachforschen konnte ich feststellen, daß alle diese Patienten auf den betreffenden Stellen mit dem Mesothoriumpräparat bestrahlt worden waren.

Dieses Präparat war erst kurz vorher von der Auergesellschaft mit einer Kupferfolie versehen worden.

Da wir die beiden Radiumsilberplättchen oft ohne Filter gebrauchten, ohne jemals so heftige Reaktionen beobachtet zu haben, benutzten wir das Mesothoriumpräparat in gleicher Weise, wobei wir die Kupferfolie ebensosehr als Schutz für das Mesothorium wie auch als Filter für die weichen Strahlen ansahen. Da zudem alle drei Präparate fast gleiche Milligrammstärke haben, so ist die verschiedene Wirkung nur darauf zurückzuführen, daß die Kupferfolie die weichen, oberflächlich wirksamen Strahlen des Mesothoriums nicht in gleicher Weise filtriert wie die des Radiums. Nach Erkennen dieser Verschiedenartigkeit wurde die Kupferfolie durch eine stärkere Silberplatte ersetzt, die auf das Präparat aufgelötet, zum Schutze und als Filter dient. Seitdem haben wir nie wieder eine solche unerwünschte Wirkung gesehen.

Im Gegensatz hierzu berichtet Baumm in seiner Arbeit: „Vorläufige Mitteilung über die therapeutische Verwendbarkeit des Mesothoriums“,

Digitized by Google

über die Versuche an Meerschweinchenhaut, daß ein erheblicher Unterschied zwischen einem Mesothorium- und einem Radiumbromidpräparat von gleicher Aktivität makroskopisch und mikroskopisch nicht festzustellen war.

Die Behandlung mit den drei Radiumpräparaten (das Mesothoriumpräparat wurde erst 1919 angeschafft) wurde begonnen am 28. VII. 1914. Behandelt wurden bis 31. VII. 1921 (über die behandelten Fälle im ersten halben Jahre lagen mir keine Aufzeichnungen vor):

435	Fälle	von	Lupus vulgaris
37	„	„	Lupus erythematodes
6	„	„	Lupuskarzinom
240	„	„	Hautkarzinom
117	„	„	Nävus aller Formen
75	„	„	Keloid
36	„	„	Angiokavernom, Hämangiom, Teleangiektasien
25	„	„	Skrofuloderm
13	„	„	Dupuytrenscher Kontraktur
11	„	„	Induratio penis plastica
1	Fall	von	Psoriasis linguae

Über die Erfolge der Radium- und Mesothoriumbehandlung bei den oben angeführten Erkrankungen hat Fabry in seiner Arbeit: „Kurze Mitteilungen über unsere Erfahrungen mit Radiumbehandlung", ferner Naegli und Jessner u. a. m. eingehend berichtet, so daß es sich erübrigt, hier noch einmal darauf einzugehen.

Abschließend möchte ich zur Technik der Anwendung von Radium- und Mesothoriumpräparaten bemerken, daß es für eine erfolgreiche Radiumbehandlung von größter Wichtigkeit ist, daß man seine Präparate genau kennt, d. h. vor jeder Anwendung feststellt:

1. die Menge des Radiums oder Mesothoriums (ausgedrückt in Milligramm-Radiumbromid),
2. die Größe der Fläche, auf der diese Menge verteilt ist,
3. Art und Stärke der Filter,
4. die Bestrahlungsdauer.

Während die drei ersten Punkte stets zu bestimmen sind, ist die im Einzelfall anzuwendende Expositionszeit vorläufig noch reine Erfahrungssache. Bei genauer Kenntnis und Beachtung dieser vier Faktoren ist eine erfolgreiche Therapie zu erwarten, und unerwünschte Nebenwirkungen und Schädigungen sind auf diese Weise zu vermeiden.

Literatur.

1. Wickham und Degrais: Radiumtherapie. Verlag von Julius Springer, Berlin 1910. — 2. Wichmann: Radim in der Heilkunde. Verlag von Leopold Voß, Hamburg und Leipzig 1911. — 3. Fabry: Kurze Mitteilungen über unsere Erfahrungen mit Radiumbehandlung. M. m. W., 1919, Nr. 5, S. 128 u. 129. — 4. Baumm: Vorläufige Mitteilungen über die therapeutische Verwendbarkeit des Mesothoriums. B. kl. W., 1911, Nr. 35. — 5. Naegeli und Jessner: Über die Verwendung von Mesothorium und von Thorium-X in der Dermatologie. Ther. Mh., 27. Jahrg., November 1913.

Digitized by Google

Ein Fall von einseitiger linearer Psoriasis.

Von

Dr. Jos. Stangenberg in Bonn.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Eine seltenere Form von „atypischer Psoriasis" ist die ausgesprochen einseitige, und von dieser wieder eine den Nerven entlang laufende Psoriasis.

Nach der Literatur sind nur wenige Fälle davon bekannt, so daß ich mich für berechtigt halte, kurz über eine derartige Beobachtung zu berichten.

Frau M. L., 27 Jahre alt. In der Familie sind Hautleiden nicht bekannt.

Vor 3 Jahren Operation wegen Gravid. extraut. Als Kind hatte Pat. an beiden Ellenbogen Hautausschläge. Irgend welche Behandlung fand nie statt. Körper- und Kopfhaut immer frei.

Sie hat viel unter Wärme zu leiden und schwitzt stark, besonders nachts. In der letzten Zeit, jetzt fast täglich, Familienärger und Aufregung.

Seit etwa 2—3 Wochen zeigt sich auf der rechten Körperhälfte ein Hautausschlag, der keine Beschwerden verursacht.

Kleine Frau von zierlichem, aber kräftigem Körperbau. Innere Organe und Nervensystem (Reflexe) o. B. Drüsen nicht verdickt. Zwischen Nabel und Symphyse breite Narbe. Auf der Höhe beider Ellenbogen inveterierte Herde, die sich atrophisch, papierartig anfühlen. Mundschleimhaut o. B.

Auf dem Rücken, streng in der Mittellinie beginnend, zieht sich nach rechts und vorn hinüber, etwa in der Höhe des 10.—11. Brustwirbels ausgehend, ein etwa 5 cm breiter Krankheitsherd, der girlandenförmig gebogen, ungefähr bis zum Nabel reicht. Rechts unterhalb des Nabels ein isolierter Herd, kinderhandflächengroß.

Vom Rücken zieht weiter, in Kreuzbeinhöhe beginnend, ein 5—6 cm breiter Herd über die rechte Gesäßhälfte hinweg schräg nach unten, um sich auf der Vorderseite des Oberschenkels kometschweifartig zu verlieren; etwa $1^1/_2$ Handbreite oberhalb des Knies. Zwischen beiden Hauptsträngen auf dem Rücken liegt noch ein kleinhandflächengroßer isolierter Herd.

Die einzelnen Herde setzen sich aus dichtstehenden papulösen Effloreszenzen zusammen. Die größeren tragen stellenweise feine Schüppchen, die sich leicht abkratzen lassen und danach hier und da punktförmige Blutungen zeigen. In den Zwischenräumen ist die Haut gerötet.

Es handelt sich um eine einseitige Psoriasis, die, auf den ersten Blick einen Zoster vortäuschend, fast streng den Nervenbahnen entsprechend verläuft. Nach der Voigtschen Einteilung handelt es sich um das Gebiet der Plexus thoracalis und Plexus lumbalis.

Es sei mir gestattet, kurz die Fragen nach den Ursachen der Psoriasis zu streifen, wenigstens insoweit, als sie auf meinen Fall zuzutreffen scheinen.

Man hält die Psoriasis teilweise für eine parasitäre Erkrankung, ohne daß bisher ein bestimmter Erreger gefunden wurde; andere führen sie auf neuropathische Ursachen zurück. Wieder von anderer Seite wird sie mit dem Körperstoffwechsel in Zusammenhang gebracht.

Wenn auch bisher keine sicheren Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß die Psoriasiseruptionen an ein bestimmtes Hautnervensystem gebunden

Digitized by Google

sind, so sprechen doch manche Beobachtungen dafür, daß das Nervensystem wenigstens eine große Rolle dabei spielt.

Nach Polotebnoff[1]) sollen alle Psoriasiskranke abnorme Äußerungen des Nervensystems zeigen, vor allem in bezug auf Herztätigkeit, Körperwärme und Schweiß. Als besondere Gelegenheitsursachen führt er geistige Überanstrengung und psychische Affekte in erster Linie an.

Zahlreiche Beobachtungen liegen vor, wo nach einem Ausbruch der Krankheit ein psychischer Insult, wie Aufregung, Ärger, Schreck, vorausging. Eulenburg[1]) führt eine neuropathische Veranlagung ins Feld. Nach Tilbury-Fox[1]) hängt die Psoriasis mit einer Affektion der tro-

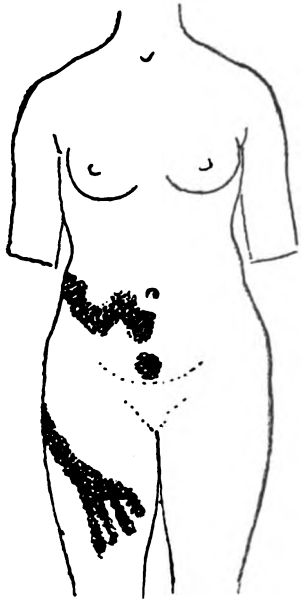


Abb. 1.

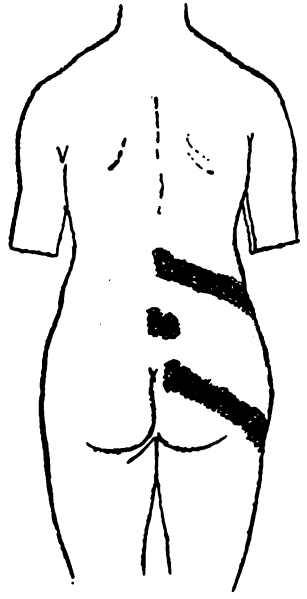


Abb. 2.

phischen Nerven zusammen. Weyl[1]) sieht die Psoriasis als Folge einer funktionellen Schwäche des die Hauternährung regulierenden Zentrums an.

Andere Autoren schließen sich mit ähnlichen Ansichten an.

Auch im vorliegenden Falle liegen Störungen von seiten des Nervensystems im obigen Sinne vor. Die Patientin leidet sehr unter Wärme und schwitzt stark. In der Zeit vor dem Ausbruch der Krankheit hat sie viel Gemütsbewegung gehabt; fast täglich Ärger.

Betrachtet man dann noch einmal das Bild der Erkrankung, fast streng präformierten Nervenbahnen folgend, so muß man doch gestehen, daß trotz sich neuerdings wieder geltend machender Einwände die neuropathische Theorie bei den Ursachen der Psoriasis keine zu geringe Rolle spielen dürfte.

[1]) Mračeks Handbuch der Hautkrankheiten.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1921, Bd. 131.

Ein Fall von Granuloma fungoides (Mycosis fungoides), von F. Krystalowicz-Krakau. S. 1—10. Nach der Geburt eines vierten Kindes trat bei einer 37jähr. Frau die Krankheit zunächst in Erythrodermieform auf, an welche sich später infiltrierte Herde und ausgebildete Tumoren anschlossen. Auf Grund der histologischen Untersuchung beginnt der Prozeß mit Infiltraten um die Gefäße und in den oberflächlichen Schichten der Kutis, denen Hyperplasie des Bindegewebes und der Gefäßwände folgen. Letztere wird als die Ursache des Ödems der oberflächlichen Hautschichten angesehen, während das Vorkommen eosinophiler Leukozyten wohl als Zeichen sekundär-entzündlicher Reizung gelten kann. Die Histologie gestattet, die leukämischen und aleukämischen Affektionen auszuschalten, ohne jedoch die Beziehungen des Granuloms zu den Erkrankungen des lymphoiden Systems und der blutbildenden Organe auszuschließen.

Die Bedeutung der Feststellung herabgesetzter Nierenfunktion vor Prostatektomien und ihre Beseitigung durch zweizeitiges Vorgehen, von Hermann Kümmell, Chir. Univ.-Kl. Hamburg. S. 11—23. Zur Bestimmung der Nierenfunktion wird die Kryoskopie des Blutes, die Bestimmung des Reststickstoffes und des Indikans im Blute empfohlen und der direkten Prüfung durch das Zystoskop vorgezogen. Zur Beseitigung der durch Harnstauung in der Blase sekundär bewirkten Niereninsuffizienz wird eine hohe Blasenfistel angelegt. Hierdurch werden in 10—14 Tagen normale Funktionsverhältnisse erreicht. Nach dieser Vorbehandlung wird die Fistelöffnung durch eingeführte Laminariastifte bis zur Größe eines Fünfmarkstückes erweitert. Hiernach wird die örtliche Betäubung von der Blasenöffnung aus durch Novokaineinspritzung in die Drüse und ihre Umgebung ausgeführt. Die Ausschälung der Drüse vollzieht sich rasch und einfach, weil die lokale Anästhesie ein fast blutloses Operieren gestattet. Nach dieser Methode wurden bis jetzt 27 Patienten ohne Todesfall operiert.

Über myxomatöse Fibrosarkome der vorderen Brustwand, von E. Kuznitzky und Alfons Grabisch, Hautkl. Breslau. S. 24—32. Es handelt sich um pilzförmige knollige Tumoren von harter Konsistenz, die mikroskopisch den Typus des Fibrosarkoms mit teilweiser Umwandlung in Schleimgewebe zeigen. Sie beginnen im jugendlichen Alter, wachsen außerordentlich langsam und bilden keine Metastasen. Die Lokalisation findet sich an der vorderen Brustwand. Mitgeteilt werden 3 Fälle.

Die Anfangsstadien des Borckschen Lupoids; Beitrag zur Frage der tuberkulösen Ätiologie dieser Dermatose, von J. Kyrle, Klinik Finger-Wien. S. 33—68. Das besondere des mitgeteilten Falles bestand in der Beobachtung verschiedener Entwicklungsstadien der Krankheit. Das Anfangsstadium war ein Erythem. Exzisionen aus einem solchen vom 4. und 10. Tage nach Beginn ermöglichten histologische Untersuchungen, bei welchen akutentzündliche Veränderungen, perivaskuläre Infiltrate mit knospenartiger Anschwellung von oft recht beträchtlicher Größe, hauptsächlich aus Lymphozyten, im Zentrum der Knötchen da und dort epithelioide Zellen und schließlich säurefeste Bazillen gefunden wurden. Bei der Untersuchung eines Hautstückes, welches aus einer 11 Tage älteren Veränderung stammte, trat die Epithelioidzellstruktur der Herde stärker in den Vordergrund, während Bazillen noch reichlich vorhanden waren. Eine dritte Entwicklungsphase, 15 Tage älter als die vorige, dem 36. Tage nach der Entstehung ungefähr entsprechend, ergab histologische Veränderungen, wie sie für die vollentwickelte Borcksche Dermatose charakteristisch sind. Bazillen konnten im Gewebe nirgends mehr entdeckt werden. Ein viertes Stück wurde 21 Tage später, also dem 58. Krankheitstage etwa entsprechend, exzidiert. Seine Untersuchung ergab beginnende Degeneration der Infiltrate. Schließlich wurde an den Schnitten eines Gewebsstückes, das am 94. Tage nach Ausbruch der Erscheinung gewonnen wurde, das Bild der atrophischen Narbenbildung festgestellt. Meerschweinchenimpfungen im Beginn der Veränderung ergaben positives, in späteren Stadien negatives Resultat; offenbar dringt virulentes Bazillenmaterial in die Haut und wird dort sehr rasch, in wenigen Tagen, seiner Aktivität beraubt, dann aufgeschlossen und eliminiert. Diese Wirkung erreicht das Gewebe durch die Bildung des tuberkuloiden Granuloms. Die eigenartige Klinik, die negative Reaktion auf Tuberkulin, die besondere anatomische Struktur und die rest-

Digitized by Google

lose Spontanheilung deuten darauf hin, daß sich bei den Trägern dieser Dermatose das ganze Integument in einem besonderen Reaktionszustande befindet. Infolgedessen unterscheidet sich das echte Lupoid nicht nur grundsächlich von andersartigen Formen der Hauttuberkulose, sondern kann auch mit ihnen nicht kombiniert vorkommen; es ist zweckmäßiger, dasselbe als Tuberculosis cutis Typus Borck zu bezeichnen.

Lues gummosa und Liquorveränderungen, von J. Kyrle, Klinik Finger-Wien. S. 69—79. Tertiäre Haut- und Schleimhautlues ist gar nicht so selten mit positiven Liquor bzw. mit Nervenerscheinungen kombiniert, so daß von einem gesetzmäßigen Sichausschließen beider Zustände keine Rede sein kann. Weiterhin tritt Metalues bei Individuen, die zur Tertiärlues neigen, keineswegs auffallend selten auf. Auch aus dem Mangel oder dem Bestehen sekundärer Haut- und Schleimhautsymptome lassen sich irgendwie bindende Schlüsse bezüglich des Auftretens oder Ausbleibens von Nervenerscheinungen nicht ableiten. Daß sich bei Paralytikern selten Gummen und bei liquorpositiven Prostituierten so gut wie nie Paralyse zeigen, sind Tatsachen, die sich noch nicht genügend erklären lassen.

Über einen Fall von knotigen, vereiternden, hämatogenen Metastasen an den Unterschenkeln bei weichem Schanker, von Carl Lennhoff, Hautkl. Breslau. S. 80—86. Bei einem Patienten mit weichem Schanker, bei dem wegen Phimose eine Dorsalinzision gemacht wurde, werden die Wundränder schankrös. Nach 14 Tagen entstehen an den Unterschenkeln schmerzhafte Schwellungen und Knoten, welche teilweise wieder zurückgehen, teilweise erweichen und dabei mitunter perforieren. Die Perforationsstellen werden schankrös, in den Wundrändern finden sich Streptobazillen, und zwar zu einer Zeit, wo die alten Schankerstellen am Gliede schon abgeheilt waren. Eine Abimpfung von den Unterschenkelgeschwüren auf die Bauchhaut ergibt wieder weichen Schanker und typischen Ablauf des Impfschankers.

Müssen Punktionsflüssigkeiten für die Wassermannsche Reaktion inaktiviert werden, von Fritz Lesser-Berlin. S. 87—89. Da auf Grund von Beobachtungen das positive Ergebnis einer im inaktiven Zustande untersuchten Hirn- oder Rückenmarksflüssigkeit nicht für Lues beweisend ist, so ist das Inaktivieren notwendig.

Über einen eigentümlichen Nävus der Brustgegend, von F. Lewandowsky-Basel. S. 90—94. Die Veränderung wurde in Gestalt kleiner Knötchen von Hautfarbe in der Brustgegend beobachtet. Histologisch war bemerkenswert ein Defekt der normalen elastischen Faser. Man hat den Eindruck, als sei dieselbe in feinste Fäserchen und Splitter zerfallen, welche an manchen Stellen knäuelförmige Anhäufungen bilden oder auch stellenweise zu homogenen Schollen geschrumpft sind. Als Name wird Naevus elasticus regionis mammariae vorgeschlagen.

Die Entstehung der Harnzylinder, von L. Lichtwitz, Med. Abt., Krankenh. Altona a. E. S. 95—98. Die hyalinen Zylinder stammen aus dem Harneiweiß. Die Menge der Zylinder im Urin entspricht der Menge und dem Lösungszustand des vorhandenen Harneiweißes. Der letztere wird erhöht durch die Anwesenheit von Schutzkolloid und vermindert durch eiweißfällende Stoffe (Gallensäuren).

Über Hautnekrosen nach Bluttransfusion, von Linser-Tübingen. S. 99—103. Bei einem Verwundeten wurde wegen hochgradiger Anämie 400 ccm Blut direkt vom Spender in die Vene übergeführt. Als aber nach 5 Tagen die Transfusion wiederholt wurde, trat nach Injektion von 75 ccm Blut ein schwerer Kollaps ein. Am folgenden Tage zeigten sich schwere Hautnekrosen am Rücken und unter einem Druckverbande. Dieselben waren die Folge einer Agglutinationswirkung. Auf das Vorhandensein einer solchen im Blute des Empfängers muß man gefaßt sein, und dieselbe durch vorherige Kontrolle feststellen. In den ersten Tagen nach der Transfusion ist die Gefahr geringer als nach 6—10 Tagen. Nach dieser Zeit kann man sich eventuell mit intramuskulären oder subkutanen Injektionen helfen.

Untersuchungen über nicht venerische Gewebsveränderungen am äußeren Genitale des Weibes. III. Das Bild der Pseudosyphilis am äußeren Genitale des Weibes, von B. Lipschütz, Asyl Meidling, Wien. S. 104—127. In 4 Fällen, die zur Beobachtung kamen, handelte es sich um papel- oder knopfförmige, meist linsengroße Gewebswucherungen, die in mehrfachen Exemplaren am Genitale und am Anus saßen. Die Epitheldecke war unverletzt, es fehlten Erosionen. Histologisch fällt Akanthose vornehmlich der Reteleisten auf, ferner eine subakute Entzündung der Kutis; Fehlen der Leukozyten, dagegen Wucherung von Bindegewebs-, Ansammlung von Plasma- und Lymphzellen. IV. Über hämorrhagische Vulvitis. Diese Schleimhautveränderung, weist scharfe, oft bogenförmig begrenzte Blutungen auf, ist außerordentlich chronisch,

Digitized by Google

schwer beeinflußbar, und hat ihren Sitz auf der Innenfläche der kleinen Labien. Histologisch fanden sich frische und alte Hämorrhagien (Blutpigment) in einem entzündlichen, verschieden stark ausgebildeten lymphatischen Gewebe.

Über Adalinexantheme, von HEINRICH LOEB-Mannheim. S. 128—136. Die Exantheme treten teils in einer kleinpapulösen Form (ekzemartig) auf, teils in großen Plaques (wie Erythema exs.). In letzterem Falle, oft in Gesellschaft von Petechien, zeigen sie Neigung zu landkartenförmiger Verschmelzung der Effloreszenzen. Am häufigsten ist die Außenseite der Oberschenkel in der Trochantergegend, die Kreuzbeingegend, Ellenbogen, Malleolen und Vorderseite der Oberschenkel befallen, nie Handteller und Fußsohlen, Geschlechtsteile, Oberschenkelinnenseite, Ellenbeuge, Hals und Gesicht. Die Schleimhäute blieben frei. Die Lokalisation war stets symmetrisch. Die Eruptionen waren mit einem heftigen Juckreiz verbunden. Die Dauer der Dermatose betrug durchschnittlich 14 Tage. Disponierende Umstände liegen in der senilen Veränderung der Gefäße (sämtliche Patienten waren in vorgerücktem Alter), vielleicht auch in Schädigungen, wie sie durch die Kriegsernährung gezeitigt sind.

Drüsenschwellung bei Mycosis fungoides, von H. LÖHR, Univ.-Hautkl., Berlin. S. 139—147. Aus der Krankengeschichte ist zu entnehmen, daß die Hautveränderungen, Infiltrate und Tumoren an Rumpf und Extremitäten, etwa $1^1/_2$ Jahr bestanden, ehe die Lymphdrüsenschwellung begann. Dieselbe zeigte sich in der Achselhöhle und Leistenbeuge, und zwar besonders auf der rechten Seite. Die Tumoren erodierten oder zerfielen zum Teil zu tiefen Geschwüren an der Oberfläche. Der Tod erfolgte unter septischen Erscheinungen. Der histologische Befund sprach für Mycosis fungoides. Auch waren Impfungen an Kaninchen positiv. Die Sektion ergab weder mykotische Veränderungen an den inneren Organen, noch eine nennenswerte Beteiligung der inneren Lymphknoten. Lymphdrüsenschwellung bei Mycosis fungoides entwickelt sich demnach nur dort, wo aus dem Quellgebiete Material der Krankheit den Drüsen zugeführt werden kann. In diesem Falle, bei dem Hautveränderungen allein vorlagen, waren es die Drüsen der Achselhöhle und Leistenbeuge. Hierdurch ist ein erheblicher Unterschied gegenüber der Lymphogranulomatose gegeben, bei welcher eine Drüsengruppe nach der anderen befallen wird.

Über Kombination von Kolloid- und Organotherapie insbesondere in der Kosmetik, von FRIEDRICH LUITHLEN-Wien. S. 148—153. Bei Pruritus vulvae wurde Ovarialsubstanz, bei Ekzem, Kommedonen, Akne, Furunkel, Seborrhoe, Hypophysin (jeden 2. Tag 1 ccm) in Verbindung mit Aderlaß und Serum mit günstiger Wirkung gegeben.

Eigenartiges Exanthem in einem Falle von Miliartuberkulose bei chronischer myeloider Leukämie, von WILHELM LUTZ, Hautkl. Basel. S. 154—167. Die mitgeteilte Krankengeschichte betrifft eine 37jähr. Frau mit universellem Exanthem, das sich aus etwa stecknadelkopfgroßen derben Knötchen zusammensetzt. Diese sind zum Teil gleichmäßig hellrot, zum Teil mit gelblichem Zentrum, zum Teil mit zentraler Hämorrhagie; meist vereinzelt stehend, manchmal gruppiert, zum Teil im Rückgang befindlich, nur noch als Pigmentfleck erkennbar, bilden sie nirgends Narben. Histologisch stellten die Knötchen ein Infiltrat dar, das aus Lympho-, Leuko-, Myelozyten, Fibroblasten und einzelnen großen Zellen mit gelapptem Kern besteht. Im übrigen litt die Kranke an einer chronischen myeloiden Leukämie, chronischer Tuberkulose der Zervikaldrüsen, der Pleura und des Peritoneums, Miliartuberkulose der Lunge, Leber und Milz. Das Exanthem könnte man sowohl der myeloiden Leukämie als auch der Miliartuberkulose zurechnen, möglicherweise waren die ursprünglichen Effloreszenzen rein leukämische Petechien, in welchen sich Tuberkelbazillen festsetzen und die weitere Veränderung erzeugten.

Die Lungentuberkulose als Komplikation der Tuberkuloderme, von HANS MARTENSTEIN, Hautkl. Breslau. S. 168—179. Die Lungentuberkulose ist bei weiblichen Hauttuberkulösen häufiger als bei männlichen. Fälle von Haut- und Schleimhautlupus sind am häufigsten mit einer Lungentuberkulose (Allgemeininfektion nach FORCHHAMMER) verbunden. Die Infektionsmöglichkeit der Lupuskranken bezüglich der Lungen scheint mit dem Alter zuzunehmen. Bei der Landbevölkerung ist die Kombination zwischen Haut- und Lungentuberkulose sehr häufig, besonders ist das weibliche Geschlecht gefährdet, da dasselbe viermal so häufig als das männliche diese Kombination zeigt.

Experimentelle Beiträge zur Frage der Überempfindlichkeit des Meerschweinchens nach überstandener Trichophytie, von HANS MARTENSTEIN, Hautkl. Breslau. S. 180—192. Entgegen der Ansicht von BLOCH und seinen Schülern, die die Ansicht

Digitized by Google

vertreten, daß bei der Trichophytie sich die spezifische Umstimmung streng auf die Epithelzellen der Haut beschränkt, findet der Verf., daß nicht bloß ein von einem Mäusefavus (Achorion Quickeanum) erkrankt gewesenen Meerschweinchen gewonnener Hautsaft mit Sporen von Achorion Quickeanum in vitro eine toxische Substanz bildet, die bei einem normalen Tier Entzündung hervorruft, sondern daß auch das Blutserum die gleiche Eigenschaft wie der Hautsaft besitzt. Dieser spezifische Körper, der in der Epidermis und dem Serum des allergischen Tieres enthalten ist, ist thermostabil, während die toxische Substanz, welche er mit den Pilzsporen bildet, thermolabil ist. Die intradermale Einverleibung der toxischen Substanz ruft bei einem normalen Tiere eine partielle Immunisierung, ohne Überstehen der trichophytischen Erkrankung, hervor.

Allerlei Mikrotechnisches. Farbstifte und Farbträger. Alaunhämatoxylin, von P. Mayer. S. 193—197. Kritik der von Friedberger erfundenen Farbstifte und der von v. Blücher empfohlenen Farbträger; mit Farbstoff getränkte Papierstreifen. Bezüglich des Alaunhämatoxylin wird betont, daß dasselbe keinen Beizfarbstoff darstellt, sondern daß Aluminium (ähnlich wie Eisen) nur die Basis abgibt, welche den Farbstoff zusammensetzen hilft. Zum Schluß wird die Beobachtung Ströltzners bestätigt, daß gewöhnliches Alaunhämatoxylin das verkalkte, alkalisches (auf 10 ccm 1 g Natriumazetat) dagegen das unverkalkte Gewebe färbt.

Zur Frage des Erythema perstans (Kaposi-Jadassohn), von Julius Karl Mayr, Hautkl. München. S. 198—203. Das Erythema perstans, früher auch als Erysipelas perstans bezeichnet, ist eine Form des Lupus erythematodes acutus. Es zeichnet sich aus durch Allgemeinsymptome, Kopfschmerzen, Fieber, Stuhlverstopfung, weiter durch eine Monomorphie des Hautprozesses; Schwellung, Nässen, scharfe Abgrenzung durch geröteten Rand gegen die gesunde Umgebung, Lokalisation im Gesicht eventuell Nacken und Brust, ferner durch große Reizbarkeit der Haut gegen jede nicht vollkommen indifferente Applikation, weiter durch die starke und langdauernde Entwicklung einer Pirquetquaddel auf der Höhe der Erkrankung. Schließlich kann auch eine Komplikation mit Lymphdrüsenschwellung (Hilus) und Eruptionen von Tuberkuliden eintreten. Der mitgeteilte Fall betrifft ein 23jähr. Mädchen.

Zur Frage der Schädigungen bei kombinierten Quecksilbersalvarsankuren, von Julius Karl Mayr und Julius Thieme, Hautkl. München. S. 204—225. Quecksilber- und Arsenintoxikationen können vielfache Ähnlichkeiten aufweisen, so daß bei gleichzeitiger Anwendung beider Arzneikörper die Entscheidung, welcher von ihnen die Ursache der vorliegenden Störung sei, Schwierigkeiten bieten kann. Ekzemartige Dermatitiden, Stomatitis, Nephropathien mit Albuminurien, Eosinophilien hoher Grade, psychische Störungen von seiten des Gehirns und Tremor sind Hautsymptome der Hg-Vergiftung, während Melanosen, Hyperkeratosen, Leberschädigungen und Neuritiden als As-Intoxikation aufzufassen sind. Die Therapie hat diese Symptome zu beachten und das schädigende Medikament auszusetzen. Kommen beide in Betracht, so ist in dem Falle, daß die Kur unbedingt fortgesetzt werden muß, das Salvarsan dem Hg vorzuziehen, da es das unschädlichere und spezifischere Mittel darstellt.

Über eine bisher unbekannte Form einer Kernveränderung an Zellen in der Umgebung von Plasmazellen, von E. Meirowsky-Köln. S. 226—230. Es handelt sich um Zellen, an welchen man bei starker Abblendung in deutlicher Verbindung mit dem Kern stehende kugelige, stark lichtbrechende, schwer färbbare, glasig durchsichtige, aus dem Kern plastisch hervorquellende, eiförmige Blasen beobachtet, deren Ränder häufiger die Färbung der Plastinsubstanzen des Kern erkennen lassen.

Die Lösung des Tuberkulinrätsels, von Hans Much, Pathol. und Immunitätsf.-Instit., Hamburg. S. 231—236. Tuberkelbazillenextrakte enthalten schädliche Gifte und andererseits nützliche Immunkörper. Bei den Partigenen ist die Wirkung getrennt. Die Reaktion auf das wasserlösliche Partigen L. (Reintuberkulin) ist Giftwirkung, diejenige auf die wasserunlöslichen: A., F. und N. ist Immunempfindlichkeit. Die erste muß beseitigt, die andere gesteigert werden. Beginnt man die Behandlung mit Partigenimpfungen, so setzt man dieselben so lange fort, als sich eine Steigerung der Reaktion feststellen läßt. Ist die Kur ungenügend oder schlägt sie fehl, so verwendet man Reintuberkulin (als Salbe) bis zum Erlöschen der Giftüberempfindlichkeit. Auch zur Wertprüfung physikalischer, klimatischer, diätetischer und anderer Kuren können Partigenimpfungen dienen.

Ein Beitrag zur histologischen Veränderung der Haut nach intrakutanen Einspritzungen unspezifischer Eiweißstoffe, von Ernst Friedrich Müller, Pathol. Inst. Hamburg. S. 237—243. Beschreibung großer Phagozyten von bindegewebiger

Digitized by Google

Herkunft, welche in künstlichen Abszessen (durch Aolan-, Aqua dest.-Injektionen) beobachtet wurden.

Über das Problem der Liquorlues (Meningorezidive), von Otto Nast, Hautkl. St. Georg Hamburg. S. 244—249. Auf Grund aller bisher gewonnenen Beobachtungen kann der Liquor c. krank sein, ohne daß irgend eine Erscheinung von seiten des Zentralnervensystems vorliegt, und zwar sowohl vor dem Sekundärrezidiv, als auch nach demselben. Infolgedessen ist der Verfasser für die Bezeichnung Liquorlues an Stelle von Meningorezidiv. Die Infektion des Liquors ist schon bei der ersten Kur möglichst günstig zu beeinflussen und später durch Summation der Kuren in geringen Abständen zu beseitigen.

Beitrag zur Klinik der Myelomerkrankung, von M. Nonne, Nervenkl. Hamburg-Eppendorf. S. 250—256. Die Erkrankung ist sehr selten. In dem mitgeteilten Falle verlief sie unter dem Bilde einer Meningomyelitis cervicalis. Die Sektion brachte erst Aufschluß über die Krankheitsursache, indem multiple Myelome in mehreren Körpern der Hals- und mittleren und unteren Dorsalwirbel festgestellt wurden. Das Myelom gehört im streng pathologisch-anatomischen Sinne nicht zu den malignen Erkrankungen, ist aber unheilbar.

Über einen Fall von schwerer Melanose und Hyperkeratose, von Alice Nördlinger, Hautabt. Allgem. Krankenh. Mannheim. S. 257—264. Der Fall betrifft eine 39jähr. Frau. Als Ursache kommt Arsenmedikation in Betracht.

Beitrag zur Balsam- und innerlichen Desinfizientientherapie bei akutem Tripper, von v. Notthafft-München. S. 265—271. Der therapeutische Wert der Balsamika ist verhältnismäßig sehr beschränkt, besteht in der Hauptsache in einer beruhigenden Wirkung auf die akute Entzündung der hinteren Harnröhre, der Blase, der Vorsteherdrüse und der Samenampullen.

Vaselinoderma verrucosum. (Eine durch unreines Vaselin verursachte Hauterkrankung eigener Art), von Moritz Oppenheim, Hautabt. Wilhelminensp. Wien. S. 272—287. Die Entwicklung der Veränderung ist durch unreines Vaselin bedingt, kann sowohl auf gesunder als verletzter Haut bei Disponierten auftreten. Im Gesicht, wo am häufigsten zu beobachten, bilden sich wachsglänzende Knötchen, die später zu schuppenden Herden zusammenfließen. Die Art der Abschuppung erinnert an diejenige von Lupus erythematosus discoides. Am Handrücken zeigt die Affektion mehr den Charakter von flachen Warzen. Sie ist von kurzer Dauer, 2—3 Wochen, und tritt zum zweiten Male nicht wieder bei derselben Person auf. Sie heilt ohne Veränderung der Haut ab und unterscheidet sich von den gewöhnlichen Vaselinschädigungen der Haut durch das Fehlen von Pigmentierungen, Kommedonen und sonstigen entzündlichen Erscheinungen. Im histologischen Bilde beobachtet man eine Wucherung der basalen Zylinderzellen und ein langgestrecktes Wachstum derselben sowie das Auftreten von Einschlußkörpern zweiter Ordnung. Das Vaselinoderma kann auch experimentell bei Disponierten erzeugt werden, und zwar sind die härteren, einen höheren Paraffingehalt zeigenden weißen Vaselinen am meisten hierzu geeignet.

Syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems und Unfälle. Kasuistische Mitteilungen aus meiner Gutachtertätigkeit, von Johannes Orth-Berlin. S. 287—307. Ein das Zentralnervensystem treffendes Trauma kommt in etwa 5% aller einschlägigen Fälle als primär auslösende Ursache einer syphilitischen Erkrankung dieses Organes in Frage. Im übrigen bedeutet das Trauma eine Verschlimmerung einer schon bestehenden derartigen Erkrankung.

Die genaue Definition mikroskopischer Färbungen, von Wilhelm Ostwald. S. 308—311. Bestimmung des Farbentons, sowie seines Gehaltes an Weiß und Schwarz durch Zahlen.

Über einen Fall von Parakeratosis scutularis, von W. Patzschke, Hautkl. Hamburg-Eppendorf. S. 312—315. Die bisher nur einmal von Unna beschriebene Affektion wurde bei einem $4^1/_2$jähr. Mädchen beobachtet. Am rechten Augenlide entwickelte sich auf dem Boden eines Ekzems eine Verhornung, die im Laufe von 2 Jahren den vorderen Teil des Kopfes befiel. Die Verhornung besteht in schildartig vorgewölbten Platten, die mehrere Millimeter dick, einen Umfang und eine Höhe von einigen Zentimetern erreichen können. Die histologische Untersuchung zeigt, daß die Entzündung besonders die Umgebung der Haarbalgtrichter betrifft. Die Hornmassen sind homogen und enthalten sämtliche Haare, die in ihnen eingebettet liegen.

Beiträge zur experimentellen Pharmakologie des männlichen Genitales. II. Experimentell-pharmakologische Untersuchung der peripher auf den Samen-

Digitized by Google

strang wirkenden Mittel, von Alfred Perutz und Erwin Taigner, Pharm. Inst. Wien. S. 316—328. Das biologische Verhalten gewisser Gifte wurde nach der Methode von Magnus, welche sich zur graphischen Registrierung der Dünndarmkontraktionen bewährt hatte, am überlebenden Rattensamenstrang studiert. Es ergab sich, daß derselbe eine individuelle Erregbarkeit hat, deren Intensität schwankend ist und von der Geschlechtsreife abhängt. Die Bewegungen sind automatisch, also unabhängig vom Zentralnervensystem. Sie weisen auf die Existenz eines im Samenstrang selbst gelegenen motorischen Apparates hin. Durch mechanische und chemische Reize sind sie zu steigern. Was die letzteren anlangt, so werden die fördernden Fasern des Sympatikus gereizt durch Adrenalin, Kokain, Pituitrin, Tenosin und Nikotin in schwacher Dosis, während die hemmenden durch Ergotoxin und Nikotin in reichlicher Menge erregt werden. Physostigmin und Pilokarpin regen die parasympathischen Endapparate an, während Kotarnin und die anderen Opiumalkaloide vielleicht auf das autonome Ganglionzellenzentrum wirken, Atropin wirkt auf den Pelvikus, Papaverin und Mekonin lähmen die glatte Muskulatur des Samenstranges. Ähnlich wie bei den Speichel- und Schweißdrüsen besteht auch beim Samenstrang kein Antagonismus zwischen Sympathikus und Parasympathikus.

Beiträge zur biologischen Diagnose der Gonorrhoe, von Paul Peters, Hautabt. städt. Krankh. Altona. S. 329—347. Die Prüfung von Körpergonokokkenvakzin, d. h. das mit 10 ccm $^1/_2$%iger Karbollösung ausgespülte Morgensekret von hochakuten Blennorrhoikern, wurde zur Kutisreaktion verwendet. Es ergab sich, daß bei dem größten Prozentsatze aller blennorrhoischen Männer eine Hautallergie festgestellt werden konnte. Bei gesunden Männern ist die Reaktion nur in wenigen Fällen positiv. Die intrakutane Injektion der Körpervakzine läßt sich diagnostisch zur Unterscheidung blennorrhoischer und nichtblennorrhoischer Prozesse verwenden. Weiter gelingt es auch mit dieser Methode latente blennorrhoische Herde aufzudecken. Allerdings scheint eine positive Reaktion auch bei geheilten Prozessen noch längere Zeit vorzuhalten. Bei Frauen und Kindern war die Methode nicht verwendbar, da diese auch ohne Infektion positiv reagierten. Therapeutische Erfolge ließen sich mit der Injektion nicht nachweisen.

Akne und innere Sekretion, von Walther Pick-Teplitz-Schönau. S. 250—252. Bei erwachsenen Aknekranken finden sich 3 Symptome; herabgesetzter Sexualtrieb, Beginn zur Zeit der Geschlechtsreife, spärlicher Bartwuchs beim Manne, angedeuteter Bartwuchs und starke Lanugobehaarung bei der Frau. In 8 Fällen von Acne vulgaris in Kombination mit Rosacea erzielte die Anwendung von Sexualorganextrakten Dauerheilung.

Beitrag zur Kenntnis der als „Ekzem" bezeichneten Hautkrankheit, von Felix Pinkus-Berlin. S. 353—359. Das Ekzem ist eine klinisch und histologisch gut definierte Reaktion disponierter Haut auf bestimmte entzündungserregende Reize. Der springende Punkt in jedem Ekzemfall ist die Erforschung des schädlichen Stoffes und der Art der Disposition. Reiz und Disposition ergänzen sich gegenseitig. Je größer der eine, desto schwächer kann der andere sein. Die Disposition besteht in der Überempfindlichkeit gegen bestimmte chemische Stoffe oder sie ist die Folge gewisser Zustände, welche die Haut empfindlich machen. Als solche kommen in Betracht Diabetes, exsudative Diathese, Lymphatismus, Senilität. Außerdem sind auch als auslösende Reize zu berücksichtigen die gewöhnlichen mechanischen, chemischen und bakteriellen Einflüsse (Kratzen, Schwitzen und Pilzinfektion). Schließlich ist es in hohem Maße die seborrhoische Beschaffenheit der Haut, welche ihre Neigung zur ekzematösen Erkrankung bedingt.

Beitrag zur Histologie und Pathogenese der Darierschen Krankheit, von Felix Pinkus und Reinhold Lederмann-Berlin. S. 360—377. Zwei Eigentümlichkeiten zeichnen den Fall aus. Die eine ist die weitverbreitete Entwicklung über die gesamte Körperfläche und die Stärke der Veränderung. Es fanden sich zentimeterhohe, dicke, tief in die Haut eingelassene Krusten, die heftige Beschwerden bei jedem Druck verursachten. Die zweite ist die systematisierte Anordnung der Affektion von Anfang an und ihre bis zum Tode der Patientin immer fortschreitende Ausbreitung in den Linien und Gebieten der Nervenbegrenzung. An den histologischen Präparaten war innerhalb der starken Verhornung die Ausbildung phantastisch verlängerter Papillen, sowie die manchmal epitheliomartige Wucherung der Darierschen Epithelzapfen bemerkenswert.

Beitrag zur Kenntnis der Mikroorganismen der Kopfhaut, von H. C. Plaut, Pilzforschungsinst. Hamburg-Eppendorf. S. 378—383. Bei einem Kerion Celsi wurde

Digitized by Google

ein Blastomyzet als Erreger gefunden, der offenbar mit dem Unnaschen Flaschenbazill identisch ist.

Untersuchungen an Typhus- und Paratyphusroseolen, von August Pohlmann, Path.-anat. Inst. Freiburg. S. 384—452. Die Untersuchungen ergeben, daß zwischen Typhus- und Paratyphusroseolen weder im klinischen noch im histologischen Bilde Unterschiede bestehen. Ihre Entwicklung wird folgendermaßen beschrieben. Sie treten als blasse punktförmige Stippchen in Erscheinung und werden bis zu 2—3 cm groß. Nach 24 Stunden sind sie für den darüberfahrenden Finger leicht erhaben. Bei voller Entwicklung ist ihre Begrenzung verwaschen und ein leichter Druck läßt sie völlig verschwinden. Am 3. Tage ist die Resistenz geringer, und unter dem Diaskop bemerkt man nach Wegdrücken der Hyperämie einen schmutziggelben Farbenton, der gegen die normal weiße Umgebung sich verliert. Am 4. Tage stark verblaßt, zeigen sie keine Resistenz mehr. Am 5.—6. Tage sind sie bis auf eine geringe gelbbräunliche Verfärbung verschwunden. Mikroskopisch ließen sich Bazillen in den perivaskulären Lymphräumen des oberflächlichen Gefäßnetzes, und zwar mittels des Bebrütungsverfahrens von Fränkel, leicht nachweisen. Die Zahl der in die Haut eingedrungenen Bazillen ist nur gering und sie gehen rasch zugrunde. Die Epidermis zeigt häufig nekrobiotische Veränderungen mit vereinzelten ausgesprochenen Nekrosen. Neben dieser primären Schädigung findet sich sekundär abnorme Durchfeuchtung mit kavitärer Entartung, Parakeratose usw., bei bebrüteten Roseolen findet man zwischen Korium und Epidermis Spalträume, die als Artefakte zu betrachten sind. Das Stratum reticulare corii ist nur ausnahmsweise, die Höhe der Drüsen und die Subkutis niemals affiziert. Das perivaskuläre Granulationsgewebe der Roseolen baut sich aus Lymphozyten, Übergangsformen, Polyblasten, Histiozyten, Leukozyten, Mastzellen, Plasmazellen und Fibroblasten auf. Dabei wirken die Erreger negativ chemotaktisch auf die Leukozyten, affektiv schädigend vor allem auf die Lymphozyten, und positiv chemotaktisch auf die Histiozyten. Diese befinden sich in den Roseolen in lebhafter Wucherung und lassen sich mit Hilfe der intravitalen Karminspeicherung gut zur Darstellung bringen.

Neue Beiträge zur Klinik der Dermatitis dysmenorrhoica, von R. Polland, Hautkl. Graz. S. 453—460. Mitteilung von zwei neuen typischen Fällen.

Zum Nachweis der Gonokokken im Harn und den Sekreten, von C. Posner-Berlin. S. 461—464. Empfehlung der Quensel'schen Lösung von Methylenblau-Kadmiumchlorid zur vitalen Färbung von Harn- und Sekretionselementen.

Über einen seltenen Fall von Karzinom auf Psoriasis vulgaris, von Franz Romenowsky, Klinik Finger-Wien. S. 465—470. Der mitgeteilte Fall ist der siebente, der bis jetzt in der Literatur bekannt geworden ist.

Systematisierung der Oxydation und Reduktion, von Ed. Richter-Hamburg. S. 471—479. Das Verhalten der Zelle, der Zellarten und des Gewebes zur Oxydation und Reduktion. Die Bedeutung derselben für die Gewebsatmung. Die Vermittlung der letzteren geschieht durch Oxydone, unlösliche Katalysatoren für Zucker, Milchsäure und Fette, durch Oxydasen, Oxydationsenzyeme für Alkohol, Xanthin usw., und mineralische Katalysatoren (Eisen), andererseits durch reduzierende Körper, welche durch Hypophyse, Thyreoidea und Nebenniere geliefert werden. Schließlich die Beziehung der Oxydation und Reduktion zur lokalen Entzündung und anderen pathologischen Prozessen und ihre therapeutische Rolle.

Über die sogenannte Parapsoriasis mit besonderer Berücksichtigung der Erythrodermia perstans, von Erhard Riecke-Göttingen. S. 480—505. Das Krankheitsbild der 3. Untergruppe der Brocq'schen Parapsoriasis, durch einen neuen Fall belegt, wird in seinen Symptomen demjenigen der 1. und 2. Form gegenübergestellt. Hervorgehoben wird die Chronizität der Hauterscheinungen, gelegentlich variiert durch spontane Rückbildung oder akutere Ausbrüche; ferner die Lokalisation an Armen, Beinen und seitlichen Rumpfteilen, nur ausnahmsweise an anderer Stelle, wie im vorliegenden Falle am Kopfe; weiter die ovale, langgestreckte bis streifenförmige Gestalt; weiter das Fehlen subjektiver Störungen, ein Merkmal, welches insoweit einzuschränken ist, als manchmal heftiger Pruritus besteht; dann die Ekchymosenbildung und schließlich die Oberflächenbeschaffenheit, die keineswegs häufig Schuppenbildung zeigt, sondern mindestens ebensooft Glätte und Glanz oder stärkereres Hervortreten der Hautfelderung, aber ohne Auflagerungen. Infiltrationen der Herde gehören vielleicht einer Frühperiode an. Bezüglich der Therapie wird auf die Möglichkeit einer Spontanheilung hingewiesen, eine Beobachtung, welche bei der Beurteilung der Pilokarpinwirkung zu berücksichtigen ist. Was das Verhältnis der zur Parapsoriasis zusammengelegten Exanthemformen an-

Digitized by Google

langt, so ist die 1. Unterabteilung: P. guttata (identisch mit Pityriasis lichenoides chronica und Dermatitis nodularis) und die 2. Gruppe: P. lichenoides (identisch mit P. variegata und Lichen variegatus) zu unterscheiden von der 3. Form: P. en plaques (identisch mit Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées, Xanthoerythrodermia perstans, Pityriasis maculosa perstans). Das Typische der 1. und 2. Gruppe ist die sekundäre Entstehung von Flecken aus Knötchen, während bei der 3. die Fleckbildung primär ist. Die Zugehörigkeit der letzteren zur Dermatitis atrophicans ist abzulehnen. Die Nomenklatur ist zu vereinfachen: 1. und 2. Gruppe ist als Pityriasis lichenoides chronica, die 3. als Erythrodermia maculosa chronica s. perstans zu bezeichnen.

Über eine eigenartige blasenbildende Hauterkrankung, von Rille-Leipzig. S. 506—510. Eine 24jähr. Näherin bekam ohne bestimmte Veranlassung ein weit über den Körper verbreitetes Exanthem, dessen verschieden große Herde blutrote Färbung hatten und die, soweit die Blasendecke nicht teilweise oder ganz verschwunden war, von einer runzelichen leicht verschieblichen Oberhaut bedeckt waren. Nur wenige Plaques hatten noch eine wirkliche Blase von schlappem Gefüge und geringem Flüssigkeitsgehalte. Einige Effloreszenzen hatten strich- und streifenförmige Fortsätze von einigen Zentimetern und boten einen Anblick wie eine Karbolätzung. Die Lokalisation war symmetrisch und an den unteren Extremitäten dichter als an den oberen. Besonders stark war eine Narbe befallen, die von einer 4 Monate zurückliegenden Blinddarmoperation herrührte. Artefakt war nicht recht wahrscheinlich, eher kam ein selbständiges Leiden oder eine dem Erythema exsudativum multiforme nahestehende Erkrankung in Betracht.

Die Behandlung der Hypertrichosis mit Röntgenstrahlen, von Hans Ritter, Univ. Hautkl. St. Georg Hamburg. S. 511—517. Die Indikation bildet fast ausschließlich der stark verunzierende Frauenbart. Beim Schnurrbart genügt ein Ansatzpunkt für die Oberlippe, wobei das Lippenrot und die Nase abzudecken sind. Handelt es sich um einen Vollbart, so sind 3 Ansatzpunkte zu wählen, und zwar beiderseits vor dem Ohr und auf dem Kinn. Zur Bestrahlung der seitlichen Partien genügen 14, der mittleren 12 X bei 3 mm Aluminiumfilter. Die 2. Bestrahlung erfolgt nach 3 Monaten, für die seitlichen Partien werden 10, für die mittleren 8 X bei 2 mm Aluminiumfilter verwendet. Nach 2—3 Monaten erfolgt eine 3. Bestrahlung, bei welcher nur die seitlichen Partien mit 10 X bei 2 mm Aluminiumfilter bedacht werden. Weitere Behandlungen sind in gleicher Weise in Abständen von 2—3 Monaten zu wiederholen.

Zur Pathogenese des Lichen scrophulosorum, von Michael Georg Rosenbaum, Hautkl. Prag. S. 518—533. Eine 15jähr. Patientin bekam nach einer intensiven Bestrahlung mit der Bachschen Höhensonne, die zur Behandlung einer tuberkulösen Halsdrüsenschwellung vorgenommen wurde, ein lebhaftes Erythem der Hals- und oberen Rumpfpartien. Nach 3 Wochen entstand plötzlich an den noch mitbestrahlten aber schon stark abgeblaßten Randpartien des Erythems ein typischer Lichen scrophulosorum. Offenbar bewirkten die chemischen Lichtstrahlen einerseits eine Mobilisierung des tuberkulösen Herdes in den Halslymphdrüsen mit folgender Bazillenaussaat ins Blut, andererseits einen Reiz für das Eindringen der Bazillen in die bestrahlte Haut, welch letztere infolge ihres allergischen Zustandes auf das Eindringen der Bazillen mit der Bildung von Lichenknötchen reagierte. In 4 anderen Fällen gelang der Versuch nicht, wohl aber bei einem weiteren; hier entwickelten sich nach der gleichen Zeit ein Lichen, und zwar wiederum an Stellen, wo die Lichtstrahlen einen nur schwachen Reiz auf die Haut ausgeübt hatten. Die Bestrahlung hat das tuberkulöse Exanthem nicht nur provoziert, sondern auch lokalisiert.

Über lokalisierte Hypersekretion der Talgdrüsen, von O. Rosenthal. S. 534 bis 537. In 2 Fällen von Impetigo contagiosa und einem von Herpes tonsurans circinatus entwickelten sich Knötchen, welche durch Talgpfröpfe im Drüsenfundus gebildet wurden. Es waren aber keine Milien, denn der Porus der Drüsen war offen, aber auch keine Kommedonen, denn sie saßen tiefer als jene. Es handelte sich um Pseudomilien, wie sie in ähnlicher Weise nach Epidermolysis, Pemphigus, Lupus, Lues, Kälteerythem, Lichen ruber und Narben beobachtet werden.

Über Impetigo herpetiformis, von G. A. Rost-Freiburg i. B. S. 538—548. Nach Mitteilung eines typischen Falles, der eine Frau im 6. Monat ihrer 5. Schwangerschaft betraf, kommt es zu folgenden Feststellungen. Die Krankheit verläuft durchweg mit oft hohem Fieber. Schüttelfröste treten namentlich bei neuen Hautschüben auf. Regelmäßig findet sich schwerste Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, die teils akut, teils unter zunehmenden Marasmus zum Tode führt. Ein unmittelbarer Zusammenhang mit

Digitized by Google

Tuberkulose, die bei manchen dieser Kranken manifest wird, ist nicht anzunehmen. Vielfach kommt es zu einer Erkrankung der Niere, mehrfach zu Milztumor und selten zu Schleimhauterkrankungen im Mund. Die Krankheit beginnt vorwiegend in der Umgebung des Genitale (Bauch, Inguinalfalte, Oberschenkel) und an der Brust. Die Effloreszenzen sind Pusteln, von vornherein eitrig und miliär sowie in Gruppen und Haufen gestellt, welche meist schubweise auftreten. Eine strenge Abhängigkeit von der Schwangerschaft besteht zweifellos nicht. Hierbei wird auf den Fall von Schulze hingewiesen, wo die Erkrankung nach der Geburt fortbestand und bei dem Eintritt einer neuen Schwangerschaft zur Abheilung kam. Juckreiz gehört nicht zu den unbedingten Symptomen. Die wenigen Fälle, bei denen er angegeben ist, gehören zu denjenigen, die als zweifelhaft anzusprechen sind (Herpes gestationis). Eine Schwellung der Lymphdrüsen war niemals feststellbar. Die bakteriologische Untersuchung ist bisher negativ ausgefallen. Trotzdem dürfte es sich um eine Infektionskrankheit handeln.

Über den Einfluß einiger dermatotherapeutischer Grundsubstanzen auf die insensible Wasserabgabe der Haut, von Stephan Rothman, Hautpolikl. Budapest. S. 549—567. Die Wasserverdunstung der Hautoberfläche sinkt unter Salbenbedeckung (Vaseline) auf die Hälfte des Normalen (40—60%), unter Pasta zinci c. amylo um 22—33%. Kollodium drückt in eingetrocknetem Zustande die Wasserabgabe um 14 bis 20% herab. Bei Amylum und Gelatine konnte kein Einfluß beobachtet werden.

H. Vörner-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von E. Kromayer. (Gustav Fischer, Jena 1921.) Bei der zunehmenden Teuerung der Lehrbücher finden die kleineren Kompendien mehr Absatz; es ist ein gutes Zeichen für den Wert des vorliegenden Repetitoriums, daß es in den letzten zwei Jahren vier neue Auflagen erlebt hat. Über den Inhalt ist zu den letzten Besprechungen nicht viel hinzuzufügen. In kurzer, aber übersichtlicher Form bringt der Verf. das Wissenswerte über Klinik und Therapie; auf die Erörterung unbewiesener Hypothesen verzichtet er. Wertvoll ist es, daß auch einige seltenere Erkrankungen, wie Parapsoriasis, Orientbeule und ähnliche, in dem Buche aufgenommen sind. In der Einteilung des Stoffes kann Ref. dem Verf. allerdings nicht überall folgen, z. B. der Abhandlung der Skabies in einer Gruppe mit Prurigo, ebenso nicht in der Einteilung des Ekzems in ein akutes, chronisches und vulgäres. Die Abbildungen und die Rezepte sind gut. R. Frühwald-Leipzig.

Ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von S. Jessner-Königsberg. Verf. empfiehlt zunächst die gegebenenfalls in Frage kommende Allgemeinbehandlung, besonders bei Lues, Diabetes, Arteriosklerose, Herz- und Nierenleiden. Örtlich soll das Geschwür nach gründlicher Reinigung mit Benzin oder Wasserstoffsuperoxyd (3%), bei zu schwacher Granulationsbildung mit Jodoform, Jodoformogen, Vioform, bei zu üppiger Granulationsbildung mit Bismut. subnitr., Bismut. subgallic., Xeroform, Ichthoform, bei stockender Epithelisierung mit Scharlachrotsalbe (8%), Azedolen, Pellidol (2% als Salbe, 5% als Puder), Arg. nitric. (1%) mit Perubalsam (10%) als Salbe versorgt werden. Bei gangränösen Ulzera kommen heiße Spülungen mit Kal. hyp. (1‰) oder Kreolin (2%), Acid. Carbolic. liquef. und Paquelin zur Anwendung. Zur Schmerzstillung dienen Novocain. nitric. oder Alypin nitric. (5—10%), Zykloform und Anästhesin (5—10%) als Salbe oder Puder. Alle Geschwüre sollen mit feuchtem Protektiv silk oder sehr gutem Guttaperchapapier bedeckt werden, darauf Mull, Watte und Zellstoff. Stets die Geschwürsumgebung gut reinigen, bei trockenem Ekzem Tumenol oder Ichthyolmitinpasta (2%), bei nässendem Ekzem mit Puder oder Schüttelmischungen oder Pasten mitbehandeln. Hierauf gut gepolsterter Zinkleimverband mit Trikotschlauchbinde. Verbandwechsel nicht vor acht Tagen. Zur Nachbehandlung werden empfohlen lange liegende Leimverbände, regelmäßiges Wickeln mit der Trikotschlauchbinde und Gummistrümpfe. G. Assmann-Kiel.

„Mikromethodik", quantitative Bestimmung der Harn- und Blutbestandteile in kleinen Mengen für klinische und experimentelle Zwecke, von Dr. med. et phil. Ludwig Pincussen. (Verlag Georg Thieme, Leipzig 1921.) Verf. gibt in handlicher Form eine Zusammenstellung der wichtigeren und bekannteren Methoden, die er noch durch selbsterprobte Vorschriften zur Anpassung von Makromethoden an mikroanaly-

Digitized by Google

tische Arbeitsbedingungen ergänzt. Da die zur Zeit bekannten Mikromethoden teilweise an weniger zugänglichen Stellen veröffentlicht sind, wird diese Zusammenstellung dankbar begrüßt werden. Dem Dermatologen wird das kleine Buch besonders bei blutchemischen Arbeiten als nützlicher Ratgeber dienen. E. Unna-Hamburg.

Handbuch der Zystoskopie, von L. Casper. (Verlag Georg Thieme, Leipzig 1921, 4. Auflage, 388 Seiten.) Die vorliegende 4. Auflage zeichnet sich wie die früheren aus durch eine straffe Disposition, eine angenehme klare Ausdrucksweise, eine Fülle von praktisch wichtigen Ratschlägen und eine große Anzahl von lehrreichen und technisch einwandfreien Abbildungen. 12 Tafeln mit 72 naturgetreuen bunten Abbildungen erleichtern dem Anfänger das Eindringen in den schwierigen Stoff. Der vortreffliche theoretische Teil von v. Rohr-Jena ist auch in dieser Auflage beibehalten. Die Technik der Zystoskopie ist so ausführlich beschrieben, daß selbst ein Autodidakt sich leicht zurecht finden wird. Die Abschnitte über funktionelle Nierendiagnostik und Röntgendiagnostik sind dem Stande der modernen Wissenschaft entsprechend in ausführlichen Kapiteln berücksichtigt worden. Auch die Neuauflage wird wie die früheren sich zahlreiche Freunde erwerben. P. Unna jr.-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über Aplasia cutis congenita, von Friedrich Lönne-Göttingen. (Zbl. f. Gyn., 1921, Bd. 46, S. 1654.) Verf. sah in 2 Fällen eine angeborene Aplasie der Haut am kindlichen Körper, und zwar handelt es sich im ersten Falle um einen nicht ganz pfennigstückgroßen Defekt dicht unterhalb des Nabels, im zweiten Falle um eine 6 bis 5 cm breite unregelmäßig geformte Stelle am rechten Gesäß. In beiden Fällen waren die Mütter gesund, die Plazenta zeigte keinerlei Reste oder Ansätze von amniotischen Strängen, so daß über die Ätiologie nichts Sicheres zu sagen ist. Eine Therapie war in beiden Fällen nicht erforderlich, da die Defekte in 10 bzw. 20 Tagen unter Narbenbildung abheilten. Klinisch zeigten die Ulzera das Bild eines Ulcus simplex; eine schmale gerötete Zone schloß den mit einem grauen, hauchartigen Belag bedeckten Grund gegen die gesunde Haut scharf ab. Verf. erwähnt noch einen dritten Fall von Aplasia cutis an den Extremitäten, der, ebenso wie seine Fälle, dadurch in der Literatur besonders erwähnenswert ist, daß sich die Stelle der Aplasie nicht, wie in den meisten bisher veröffentlichten Fällen am Schädel, sondern nur an dem Rumpf und den Extremitäten befindet. In allein 33 Fällen, die Kehrer zusammenstellte, wurden amniotische Verwachsungen als Ursache einer Aplasia congenita am Kopfe angegeben. A. Rosenburg-Berlin.

Mikroskopische Technik.

Dunkelfelduntersuchungen und Azimutfehler, von F. W. Oelze, Klinik Rille-Leipzig. (Zbl. f. Bakt., Bd. 87, H. 1.) Verf. legt dar, wie durch Azimutfehler falsche mikroskopische Bilder entstehen. Erythrozyten sind ein gutes Objekt zur Untersuchung auf Azimutfehler. Ihr Rand muß gleichmäßig hell erscheinen. F. Harry-Berlin.

Bakteriologie.

Vergleichende Untersuchungen der von Ziehl-Neelsen, Gasio-Telemann, Kronberger, Unna-Pappenheim und Konrich angegebenen Färbemethoden zum Nachweis von Tuberkelbazillen, von W. Bernblum-Berlin. (Zbl. f. Bakt., Bd. 87, H. 1.) Verf. prüft die genannten Färbemethoden auf ihre praktische Verwertbarkeit und kommt zu dem Ergebnis, daß die Ziehl-Neelsen-Färbung wegen der einfachen Technik und des klaren mikroskopischen Bildes nicht mit Unrecht am meisten angewandt wird. Allen anderen Färbemethoden haften Mängel an außer der nach Konrich, die sogar noch Vorteile vor der nach Ziehl-Neelsen besitzt, insofern kein Alkohol erforderlich ist und der Kontrast zwischen rot gefärbten Tuberkelbazillen und grün gefärbtem Untergrund vom Auge angenehm empfunden wird. Ferner werden durch die Nachfärbung mit Malachitgrün alle Bakterien nur schwach gefärbt, so daß das Herausfinden der Tuberkelbazillen sehr erleichtert wird. Färbung nach Konrich: $^1/_2$—2 Min. in heißem Karbol-

Digitized by Google

fuchsin, abspülen mit Wasser, entfärben mit 10%ige Natriumsulfitlösung, abspülen mit Wasser, Nachfärben mit gesättigter Malachitgrünlösung (50 + 100 H_2O) $^1/_4$—$^1/_2$ Min.
F. Harry-Berlin.

Virulenzsteigerung apathogener Bakterien durch chemische Mittel, von Bruno Lange und M. Yosioka, Institut für Infekt. Krankh. „Robert Koch" in Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 44, S. 1322—23.) Die Nachprüfung der von Much in der D. m. W., 1921, Nr. 22, mitgeteilten Versuche ergab, daß es nicht gelingt, apathogene Keime durch Milchsäuremitverimpfung virulent zu machen. Es handelt sich wohl um eine Summation zweier an sich nicht zur Tötung der Tiere ausreichenden Schädigungen und nicht, wie Much annimmt, um eine an den lebenden Bazillen geknüpfte künstliche Virulenz. Die Versuche der Virulenzsteigerung von Bakterien durch Zusatz von Milchsäure zum Nährboden zeigten keine unbekannten Resultate. F. Harry-Berlin.

Die bakterizide Wirkung des Urins mit intravenösen Einspritzungen von Kupfersilikat behandelter Patienten, von Gräfin von Linden-Bonn. (B. kl. W., 1921, Nr. 44, S. 1300.) Auf Grund ausgedehnter Untersuchungen kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß der Urin mit Kupfersilikat behandelter Patienten auf die geprüften Bakterien (Typhus, Cholera, M. aureus) eine bakterizide Wirkung ausübt, die erhöht wird durch mit Methylenblau kombinierte Wirkung, während normaler Urin, ebenso wie Leitungswasser und physiologische Kochsalzlösung, die betreffenden Bakterien nicht schädigen. Es wird aber z. B. bei Aureuskeimen innerhalb der ersten Stunde auch bei der Kombination mit Methylenblau keine völlige Abtötung erzielt. Auf Grund der Versuche wird für bakterielle Erkrankungen der Blase und eventuell der Niere eine kombinierte Behandlung mit Kupfer und Methylenblau empfohlen. E. Langer-Berlin.

Über Präzipitinreaktion im Dunkelfeld für forensische Zwecke nebst Bemerkung über die Sachs-Georgi-Reaktion, von F. W. Oelze, Dermatol. Kl. in Leipzig. (D. m. W., 1921, Nr. 45, S. 1357.) Verf. untersuchte die Präzipitinreaktion bei Dunkelfeldbeleuchtung im hängenden Tropfen mit dem Tropfenkondensor, Objektiv A und C von Zeiß, Okular Huygens 4. Die Flocken erscheinen in unregelmäßiger Form, haben ein eigentümlich lockeres Gefüge. Auch die Flockung der Sachs-Georgi-Reaktion zeigt dasselbe Gepräge. Das Dunkelfeld ist daher in zweifelhaften Fällen von großem Wert für die Diagnose. F. Harry-Berlin.

Zur Frage der antigenen Eigenschaften von Organlipoiden, von Paul Niederhoff, Exper.-biolog. Abt. (Prof. Dold) des Staatl. Inst. f. exper. Therapie in Frankfurt a. M. (D. m. W., 1921, Nr. 43, S. 1284—1285.) Das Serum von Kaninchen, die mit reinen Lipoiden vorbehandelt waren, enthielt weder eine ausflockende Wirkung auf zugesetzten Meerschweinchennierenextrakt noch Lysine gegen rote Hammelblutkörperchen. Dagegen wirkten die Sera der Kaninchen, die mit wässeriger Meerschweinchennierensuspension behandelt waren, ausflockend und hämolytisch. Verf. verwirft auf Grund dieser Versuchsergebnisse die Möglichkeit der Fettantikörperbildung und hält die Ansicht, daß die im positiven Luesserum vorhandenen Antikörper lipoiden Ursprungs sind, für nicht wahrscheinlich. F. Harry-Berlin.

Über künstliches Komplement, von L. v. Liebermann, Hyg. Institut Budapest. (D. m. W., 1921, Nr. 43, S. 1283—1284.) Verf. beweist auf experimentellem Wege, daß das von ihm hergestellte künstliche Komplement (Mischung von Seife, Kalk und Eiweiß in physiologischer Kochsalzlösung) den hämolytischen Immunkörper (Ambozeptor) aktiviert und das Antigen-Antikörpersystem spezifisch bindet. Zur Verwendung in der Praxis ist das künstliche Komplement noch nicht geeignet, da große Schwierigkeiten in der Bereitung und Bestimmung der zur Reaktion erforderlichen Menge des Komplements bestehen. F. Harry-Berlin.

Zur Bewertung der Pandyschen Reaktion, von E. Aschenheim, Akad. Kinderklinik Düsseldorf. (M. m. W., 1921, Nr. 32, S. 1015.) Der positive Ausfall der Pandyschen Reaktion besitzt keinen differentialdiagnostischen Wert bei Erkrankungen des zerebrospinalen Systems. Der negative Ausfall schließt entzündliche Vorgänge an den Meningen aus, ist somit von viel größerer Wichtigkeit. F. Harry-Berlin.

Über neue Erfahrungen mit einer ergänzten und wieder vereinfachten Mastixreaktion (vorläufige Mitteilung), von W. Goebel, Univ.-Nervenklin. Hamburg. (M. m. W., 1921, Nr. 30, S. 943—944.) Verf. begann mit der Konzentration $^1/_2$ die absteigende Verdünnungsreihe des Liquors bei der Mastixreaktion und fand für Paralyse das Ausfällungsmaximum im 1. Röhrchen, für Tabes im 2. Röhrchen, für Lues cerebri im 3. Röhrchen. Jede dieser Erkrankungen besitzt somit eine charakteristische Kurve.
F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

Zur Frage der Liquorströmung im spinalen Arachnoidalsack, von E. Becker. (M. m. W., 1921, Nr. 27, S. 839—840.) Der Liquor wird durch Wellen, die periodisch vom Gehirn aus über den Arachnoidalsack laufen, bewegt und bis zu einem gewissen Grade gemischt. Eine Strömung in besonderen Bahnen findet nicht statt. Die Wellen entstehen durch das kompensatorische Ausweichen und Zurückfließen des Liquors bei den rhythmischen Hirnbewegungen. Derselbe Vorgang, der die Gehirnvolumschwankung ermöglicht, verursacht auch die Liquormischung im spinalen Arachnoidalraum.
F. Harry-Berlin.

Regelmäßige Unterschiede in der Zusammensetzung des Liquors an verschiedenen Stellen des Subarachnoidalraumes, von W. Weigelt, Med. Univ.-Klin. Leipzig. (M. m. W., 1921, Nr. 27, S. 838—839.) Der Eiweißgehalt des normalen Liquors ist in den Hirnventrikeln geringer als im Spinalkanal. Die Konzentration des Liquors wird kaudalwärts höher. Die ersten Liquorportionen sind zellreicher als die späteren. Der Eiweiß- und Zellgehalt der einzelnen Schichten im spinalen Liquorsystem wird deutlicher sein, je weniger Körperbewegung gemacht worden sind. In pathologischen Fällen ist der Eiweißgehalt und der Zellgehalt der Liquorschicht besonders von der Art und Lokalisation des pathologischen Prozesses abhängig. Bei Entzündungen kommt es erst zur Exsudation von Eiweiß, erst später zur Emigration von Zellen. Die Differenz der Zell- und Eiweißwerte verschiedener Liquorportionen besitzt diagnostischen Wert, hauptsächlich in bezug auf den Sitz des pathologisch-anatomischen Prozesses.
F. Harry-Berlin.

Studien über den Komplementgehalt des menschlichen Blutes, von Brinkmann-Leipzig. (Zbl. f. Bakt., Bd. 87, H. 1.) Der Komplementgehalt menschlicher Seren ist auch unter pathologischen Verhältnissen gleichmäßig. Einzelne Seren weisen von vornherein Komplementmangel auf. Komplementschwund innerhalb der ersten 48 Stunden ist ohne diagnostischen Wert. In ein und demselben Serum kommen oft verschiedene Komplemente vor (Pluralität). Hämolyse menschlicher roter Blutkörperchen durch menschliches Serum ist selten, häufiger Hämagglutination. F. Harry-Berlin.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Über Änderung des Patellarreflexes nach Lumbalpunktion, von H. Kahler-Wien. (W. kl. W., 1921, Nr. 42, S. 513.) In der sehr lesenswerten Arbeit macht Verf. auf jene Fälle aufmerksam, bei denen während einer Lumbalpunktion lanzinierende, in ein Bein ausstrahlende Schmerzen auftreten. Hierbei machte K. die Beobachtung, daß in diesem Bein bald nach der Punktion ein bis mehrere Tage anhaltende Abschwächung des Patellarreflexes und Hypästhesie für alle Qualitäten an der Außenseite des Ober- und Unterschenkels auftraten. Hypästhesie und Reflexdifferenz, die unter Umständen zu differentialdiagnostischen Irrtümern führen könnten, glichen sich stets langsam wieder aus, in einem Falle die Reflexdifferenz erst nach 3 Wochen. Als anatomische Grundlage für diese Erscheinung nimmt Verf. eine geringfügige Schädigung einer oder mehrerer hinterer Wurzeln an, und zwar in Form von kleinen, fadenförmigen Blutungen längs der Nervenwurzeln. In 2 Fällen mit aufgetretenen Symptomen ohne lanzinierende Schmerzen könnte als auslösendes Moment die Schwankung des intrakraniellen Drucks und ihre Wirkung auf Medulla oblongata und Kleinhirn in Frage kommen. Diese geringfügigen, schnell verschwindenden Symptome dürfen natürlich keine Veranlassung dazu geben, die Indikation für die Lumbalpunktion einzuschränken. Bezüglich der Lumbalpunktionstechnik geben diese Nebenwirkungen Verf. Veranlassung, die streng mediane Punktion zu empfehlen, da bei seitlichem Einstechen es öfters möglich ist, mit der Punktionsnadel eine Nervenwurzel zu verletzen. E. Langer-Berlin.

Über die klinische Bedeutung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen, von J. Schüber und K. Emer-Marburg a. L. (M. m. W., 1921, Nr. 42, S. 1251.) Eine Methode von nicht allzu großem klinischen Wert, da eine beschleunigte Senkungsgeschwindigkeit abgesehen von Gravidität und Menstruation nur ein Zeichen einer organischen Erkrankung darstellt. Nach den Versuchen der Verff. scheint sie bei Tuberkulose einen größeren prognostischen Wert zu haben, indem jede starke Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit bei fieberfreien Tuberkulösen ein ungünstiges prognostisches Zeichen darstellt. Im Prinzip bedeutet diese Methode nichts anderes als die Crusta phlogistica seu inflammatoria der alten Ärzte. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Die Haut als therapeutisches Organ, von E. Sklarz-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 45, S. 1336.) Verf. erinnert an eine Veröffentlichung Jenners, die im Grunde sich mit unseren heutigen Anschauungen über die innere Sekretion, über die Antikörperbildung und vor allem über die Wichtigkeit der Haut als innersekretorisches Organ im großen und ganzen deckt. Man ersieht, daß von den alten Klinikern manches dem Wesen nach genau so erfaßt ist, wie wir es neu entdeckt zu haben glauben. Interessant sind die Ansichten Jenners über den spezifischen Einfluß künstlich erzeugter Blaseneruptionen, über die Ableitung von Krankheiten von lebenswichtigen Organen auf weniger wichtige Organe, z. B. die Haut durch Bildung von Papeln mit blasigem Haupt, über die Analogien zwischen künstlichen und spontanen Eruptionen bezüglich ihrer Wirkung auf allgemeine Krankheitsprozesse. Wichtig ist Jenners Anschauung, daß Gehirn und Nerven die Wege sind, die zwischen Organen und Haut die Beziehungen herstellen und so auf Grund innerer Ursachen reflektorisch Hauterscheinungen hervorrufen.

E. Langer-Berlin.

Das Chloräthyl, ein äußerst brauchbares, aber mit Vorsicht anzuwendendes Mittel für den Rausch oder kürzere Narkosen, von Alfred Ley-Neheim (Westf.). (Zbl. f. Chir., 1921, Nr. 41, S. 1502.) Verf. tritt sehr für den Chloräthylrausch ein, den er nur bei schweren Herzfehlern vermieden wissen will. Bei Hysterikern und Alkoholikern gibt er eine Stunde vor der Operation 1 ccm Laudanin-Atropin, außerdem schnürt er die Oberschenkel ab, so den Kreislauf verkleinernd und sich für das Erwachen und eventuelle Asphyxie eine Menge kohlensäurehaltigen Blutes erhaltend, das dann das Atemzentrum reizt. Bei Varizen oder hochgradiger Arteriosklerose ist die Abschnürung zu vermeiden. Da sich das Chloräthyl bei zu langem Aussetzen im Sonnenlicht zersetzt, ist auf die Aufbewahrung des Mittels ein Augenmerk zu richten. Die von Hartleib und Jäger veröffentlichten Todesfälle sind auf schlechteres ausländisches Material (Jäger) oder auf einen äußerst schlechten Allgemeinzustand des Patienten (Hartleib) zurückzuführen. Man soll andererseits auch Chloräthylnarkosen nur von erfahrenem Pflegepersonal ausführen lassen, da sie individuell verschieden sind und andererseits die Narkosenbreite eine sehr geringe ist. A. Rosenburg-Berlin.

Über Transplantationen, von D. Pupovac. (W. m. W., 1921, Nr. 37, S. 1629.) Verf. bespricht die verschiedenen Arten der Transplantation und ihre Erfolge. Der Aufsatz enthält nichts Neues. G. Assmann-Kiel.

Über intravenöse Injektion von Kampferöl, von B. Fischer-Frankfurt a. M. Nachtrag zur Mitteilung in Nr. 31. (B. kl. W., 1921, Nr. 41, S. 1223.) Verf. verweist auf die therapeutischen Erfolge ausländischer Autoren mit intravenösen Kampferölinjektionen, und zwar mit höchstens 10% Kampfergehalt, langsam in etwa 2 Min. bis höchstens 2 ccm injiziert und nicht vor $^1/_2$ St. wiederholt. Hierdurch werden seine eigenen ausgedehnten Tierversuche (B. kl. W., 1921, Nr. 31) am Menschen bestätigt.

E. Langer-Berlin.

Zur Anwendung der intravenösen Kampferölinjektionen, von R. Schmidt-Prag. (B. kl. W., 1921, Nr. 41, S. 1223). Verf. bestätigt die Fischerschen Tierversuche durch Mitteilung von am Menschen mit intravenösen Kampferolivenölinjektionen gesehenen günstigen Erfolgen. Bisher hat Verf. pro die eine Dosis von 2 ccm Kampferolivenöl und pro dos. 1 ccm nicht überschritten und damit sehr zufriedenstellende Resultate erzielt. E. Langer-Berlin.

Vergiftung mit Benzinersatz (Benzinoform), von Freymuth-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 45, S. 1330.) Verf. setzt die Unterschiede chemischer Natur zwischen Benzin, Benzol und Benzinoform = Tetrachlorkohlenstoff auseinander. Bei Benzinoformvergiftungen ist die Todesursache die Lähmung lebenswichtiger Zentren im verlängerten Mark. Die Giftigkeit des Benzinoforms ist beim Publikum viel zu wenig bekannt, es dürfte nicht ohne weiteres dem uneingeschränkten, freien Verkehr überlassen sein.

E. Langer-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. März 1922 | Nr. 10 | Band 74

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig
(Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. Rille).

Über einen neuen elektrischen Anschlußapparat „Spannungsteiler Wigostat".

Von

Dr. Tibor Benedek, Volontärarzt der Klinik.

Mit 1 Abbildung im Text.

Die Inspektion der dem freien Auge nicht zugänglichen Körperhöhlen durch elektromedizinische Apparate ist schon lange von besonderer Wichtigkeit, sowohl in diagnostischer als auch in therapeutischer Hinsicht. Die Methoden der hierauf angewiesenen Disziplinen und die technische Handhabung der dazu notwendigen Instrumentarien sind in die Praxis weit und breit übergegangen.

Zur Speisung dieser elektromedizinischen Apparate ist man bekanntlich an eine niedervoltige Spannung angewiesen. Die befriedigende Lösung der Stromentnahme niedervoltiger Spannung bildete in technischer — und in unseren Tagen nicht zuletzt — ökonomischer Hinsicht eine sehr wichtige Frage für den Praktiker.

Bisher hatte er im allgemeinen zwei Möglichkeiten zur Entnahme einer niedervoltigen Spannung. Einmal unabhängig von einem Starkstromnetz verwendete er teils Trockenelemente (z. B. Taschenlampenbatterie), teils die Leclenché- oder Bunsenelemente, ferner die Akkumulatoren. Aus dem Starkstromnetz irgend einer Zentrale konnte er die niedrige Spannung nur durch Vermittlung von Hilfsinstrumenten, wie Vorschaltwiderständen oder großen Anschlußapparaten (Pantostaten, Multostaten usw.) entnehmen. Beide Möglichkeiten sind aber — teils technisch, teils materiell — mit manchen Nachteilen verknüpft.

Die Elemente sind von kurzer Lebensdauer und deshalb z. B. bei den Trockenelementen mit kostspieliger Neuanschaffung verbunden. Bei den Trockenbatterien bzw. Akkumulatoren fallen die Unterhaltungs- und Ladekosten ins Gewicht. Dabei ist deren Verwendung besonders für transportable Apparate wegen des mitunter nicht unbeträchtlichen Gewichtes eingeschränkt.

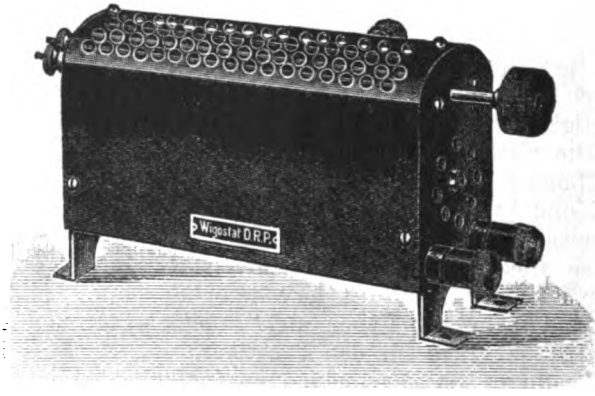
Die sogenannten Vorschaltwiderstände sind mit dem großen Nachteil verknüpft, daß die eine Elektrode, z. B. für Körperbehandlung, unmittelbar mit der Starkstromanlage verbunden ist und Hochspannung erhält. Durch Berührung dieser Elektrode kann also mitunter eine gefährliche Elektrisierung eintreten. Die Vorschaltwiderstände müssen

Digitized by Google

selbstverständlich für eine bestimmte (110—220 Volt) Spannung gebaut werden. Dabei sind dieselben besonders für 220 Volt recht groß dimensioniert und schwer.

Es bleiben noch die großen und technisch wohl vollkommen durchgebildeten und ausgestalteten Anschlußapparate (Pantostat, Multostat usw.). Die hohen, heutzutage unerschwinglichen Anschaffungskosten und die dadurch bedingte Unrentabilität lassen die Befürchtung zu sehr aufkommen, daß diese Momente zu einer bedauerlichen Verdrängung wichtiger elektromedizinischer Apparate in der Praxis führen werden. Noch dazu sind diese Apparate schwer transportabel und immer nur für eine bestimmte Netzspannung gebaut.

Schon lange bestand also das Verlangen nach einem Apparate, der die Nachteile der an erster Stelle erwähnten Stromquellen beseitigt, zu gleicher Zeit aber die Vorteile der technisch gut durchgebildeten großen Anschlußapparate (z. B. Erdschlußfreiheit, feinste Regulierbarkeit) in sich vereinigt.



Ein solcher Anschlußapparat — Spannungsteiler — muß also gestatten die direkte Stromentnahme für niedrige Gleichstromspannungen aus jeder Gleich- oder Wechselstromleitung, die feinste Regulierung der Niederspannung, Handlichkeit, kleines Gewicht, die Beseitigung der Unterhaltungskosten usw.

Diesen Anforderungen entspricht vollauf der neben abgebildete kleine Apparat, der Spannungsteiler „Wigostat“ [1]), den ich für dermatourologische Zwecke auszuprobieren Gelegenheit gehabt habe.

Der Apparat besteht, nach Prüfung verschiedener Sachverständiger, aus einem auf Porzellan aufgewickelten oxydierten, an Kontaktstellen blank gemachten Widerstandsdraht. Längs dieser beiderseitigen Kontaktstellen, die sich im mittleren Drittel des Drahtes befinden, können zwei Schleiffedern mittels einer Spindel mit gegenläufigen Gewindehälften einander genähert oder voneinander entfernt werden, so daß also die Länge des zwischen den Schleiffedern abgegriffenen Widerstandsdrahtes kontinuierlich verändert werden kann; ein Anschlag sorgt dafür, daß die Federn

[1]) Lieferantin ist die Firma Max Schloßnagel, Nürnberg, Steinbühlerstraße 16.

Digitized by Google

nur bis zu einem gewissen Höchstbetrage entfernt werden können. Die beiden Federn sind metallisch mit zwei Klemmen außen am Apparate verbunden; außerdem führen Anfang und Ende des ganzen Widerstandsdrahtes zu zwei durch Hartgummi sorgfältig abisolierten Klemmen.

Ich war in der Lage, den „Wigostat" an Leitungen von 110 und 220 Volt Spannung mit verschiedenen elektromedizinischen Apparaten zu vollkommener Befriedigung auszuprobieren. Ich habe den „Wigostat" einfach an das Lichtnetz obiger Spannungen angeschaltet an den Hartgummiklemmen und an den blanken Klemmen konnte ich für verschiedene Zwecke, so für Urethroskopie, Zystoskopie, Elektrolyse, Galvanisation, eine äußerst fein regulierte Niederspannung entnehmen. Die vorgenommenen urethroskopischen und zystoskopischen Untersuchungen, wo die niedervoltige Spannung durch den „Wigostat" entnommen wurde, konnte ich ebenso genau ausführen, wie bei der Stromentnahme durch den kompliziertest gebauten Anschlußapparat. Dabei ist es nebensächlich, ob man Metallfaden- oder Kohlenfadenlämpchen verwendet; die Lichtstärke der Lämpchen kann bei vorzüglicher Schonung derselben vom Nullpunkt an durch Rotglühen bis zum Weißglühen feinst reguliert werden. Da der Netzstrom am Nullpunkt (bei Mittelstellung der Schleifklemmen) unterbrochen werden kann, verzehrt er nicht, wie ein Transformator, einen sogenannten Leerlaufstrom, was zu seiner Ökonomie viel beiträgt. Ein Kurzschluß ist ausgeschlossen, die Berührung der Sekundärklemmen ruft keine unangenehme Elektrisierung hervor, ebenso ist ein schädlicher Erdschluß ausgeschlossen. Ich habe den „Wigostat" bei 110 Volt und 220 Volt eine volle Stunde mit verschiedenen elektromedizinischen Apparaten im Betriebe gehalten, ohne irgend welche Schädigungen des Apparates. Der „Wigostat" erwärmt sich wohl, wie bekanntlich ein jeder Widerstand, aber die zugelassene höchste Erwärmung von 200° C erreichte er noch längst nicht.

Der „Wigostat" ist stets gebrauchsfertig, verursacht im Gegensatz zu den Batterien keinen Materialverbrauch. Er ist klein (etwa 15 × 10 × 6 cm), leicht (etwa 400 g), handlich, in der Tasche tragbar, so daß man Untersuchungen auch in der Wohnung des Patienten bequem ausführen kann.

Kurz zusammengefaßt bietet also der „Wigostat" erstens den großen Vorteil, daß man durch ihn aus jeder Starkstromleitung (Gleich- oder Wechselstrom) bis 220 Volt eine niedervoltige Spannung entnehmen kann, ferner daß derselbe für sämtliche in der dermato-urologischen Praxis wie auch in anderen Disziplinen verwandte Instrumente mit einer absoluten Betriebssicherheit den geeigneten Strom niedervoltiger Spannung liefert. Der „Wigostat" enthebt also den Praktiker der immerhin lästigen Wartung verschiedener Batterien und der Anschaffung von den heute nunmehr im Preise unerschwinglichen großen Anschlußapparaten. Wegen der angeführten Vorteile kann der „Wigostat" dem Praktiker bestens empfohlen werden.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses zu Danzig (Oberarzt: Dr. Nast).

Untersuchungen über den Bilirubingehalt des Blutserums bei Salvarsan-Quecksilberkur.

Von

Dr. Paul Schneider, Volontärarzt.

Seit einigen Jahren ist man bemüht gewesen, den Gehalt des menschlichen Blutserums an Bilirubin quantitativ zu bestimmen und Methoden hierfür zu finden, die auch für den klinischen Gebrauch geeignet sind. Dabei schlug man verschiedene Wege ein.

Der französische Kliniker Gilbert (8) benutzte die Gmelinsche Probe und bestimmte die Konzentration, bei der jene gerade noch positiv ist. Die Methode ist umständlich und überläßt der subjektiven Auffassung erheblichen Spielraum.

Auf einfache Weise versuchte man (Obermayer und Popper, Biffi u. a. [8, 9]) die Farbe des Blutserums auf kolorimetrischem Wege mit einer Chromatlösung zu vergleichen. Dies ist auch das Prinzip der in letzter Zeit von Meulengracht (11, 12) angegebenen Methode. Diese Autoren gehen von der Annahme aus, daß die Farbe des Blutserums beim Menschen ausschließlich durch Bilirubin bewirkt wird, während andere Farbstoffe wie das Lutein nur eine untergeordnete Rolle spielen. Dies soll nach verschiedenen Untersuchungen ziemlich wahrscheinlich sein, ist aber durchaus nicht gewiß. Feigl und Quebner (3, 5) betonen vielmehr, daß man mit einer Farbbeurteilung ohne Aufklärung ihrer komplexen Ursache gar nichts anfangen könne und den größten Irrtümern ausgesetzt sei. Nach v. d. Bergh (8, 9) läßt die Methode außerdem im Stich, sobald das Serum bräunlich verfärbt oder milchig getrübt erscheint oder eine Beimengung von freiem Hämoglobin oder Hämatin aufweist, abgesehen davon, daß nach Hellmuth (5) in nicht seltenen Fällen ausgesprochen gelbes Serum, das nach Meulengracht erhöhten Bilirubingehalt aufwies, nach anderen Methoden keinen Anhalt für eine Gallenfarbstoffvermehrung ergab.

Ferner suchte man aus der Verdunklung, die durch das Bilirubin in dem stärker brechenden Teile des Spektrums bewirkt wird, den Gallenfarbstoffgehalt zu berechnen.

Auf ganz anderer Grundlage sind die folgenden Methoden aufgebaut. Die Ehrlichsche Mischung (Sulfanilsäure mit Natriumnitritlösung) gibt, wie Pröscher gefunden hat, mit Bilirubinlösung bei saurer Reaktion eine blaue Farbe, bei alkalischer eine grüne und bei neutraler eine rote; dabei entsteht ein neuer Farbstoff, das Azobilirubin, das ein charakterisches Spektrum gibt und von Pröscher rein dargestellt werden konnte. Die Reaktion ist so scharf, daß bei einer Bilirubinlösung 1 : 1500000 der Farbumschlag deutlich erkennbar ist. Mit ziemlicher Sicherheit muß ange-

Digitized by Google

nommen werden, daß im Serum nur das Bilirubin diese Reaktion gibt und nicht einmal das Biliverdin daran teilnimmt (8, 9). Hiervon ausgehend, ist von v. d. Bergh und Snapper unter Benutzung des Autenrieth'schen Kolorimeters eine Methode zur quantitativen Schätzung des Bilirubins im Blutserum ausgebildet worden (9). Die zu untersuchende Azobilirubinlösung wird mit einem Vergleichskeil, der mit einer bekannten Azobilirubinlösung oder einer frisch hergestellten Lösung von Ferrirhodanid 1:32000 in Äther gefüllt ist oder einem von der Firma Hellige in Freiburg i. Br. hergestellten, einige Monate haltbaren, fertigen Vergleichskeil verglichen. Während chemisch reines Bilirubin nur unter Alkoholzusatz mit Diazolösung eine positive Reaktion gibt, was wohl durch die bei der Darstellung erforderliche Erhitzung bedingt ist (14), gibt das Serum in manchen Fällen, namentlich beim Stauungsikterus, diese Reaktion schon direkt (direkte Reaktion v. d. Bergh's). In anderen Fällen erfolgt die Reaktion erst, nachdem das Eiweiß durch Alkohol (96%igen) ausgefällt worden ist (indirekte Reaktion v. d. Bergh's [7, 8, 9]). Die Ursache dieser Verschiedenheit ist noch nicht geklärt. v. d. Bergh neigt der Ansicht zu, daß Eiweißstoffe und Lipoide in dem letzten Falle die Reaktion verhindern. Ebenso ist es unbekannt, weshalb in dem anderen Falle die Reaktion erfolgt, trotzdem Bilirubin im Gegensatz zum Azobilirubin in reinem Alkohol unlöslich ist (14); v. d. Bergh (8) nimmt an, daß das Bilirubin offenbar als Na-Salz in den Alkoholextrakt übergehe. Aus dem direkten und indirekten Ausfall der Reaktion auf eine hepatische und anhepatische Bildung des Bilirubins, wie es auch Lepehne (10) tut, zu schließen, erscheint nach Thannhauser und Andersen (14) als eine zu weitgehende Schlußfolgerung. Diese halten es nur für möglich, daß frisch gebildetes Bilirubin die direkte Reaktion gibt, „während ein zu langes Verweilen in der Blutbahn (perniziöse Anämie und hämolytischer Ikterus), ähnlich wie wir dies beim Stehen von frischem Bilirubin im Serum beobachtet haben, den Kupplungsablauf aus ungeklärten Gründen verzögert oder erst nach Alkoholzusatz eintreten läßt" (14).

Trotz aller Vorzüge haften der v. d. Bergh'schen Methode verschiedene Mängel an, auf die v. d. Bergh zum Teil schon selbst aufmerksam gemacht hat. Bei der Alkoholfällung des Serumeiweißes kann ein erheblicher Teil des Gallenfarbstoffes mitgerissen werden; diese Menge kann nach v. d. Bergh (9) beträchtlich sein. Bei steigendem Bilirubingehalt wird sie zunehmen, so daß es geraten ist, in solchen Fällen das Serum zuvor zu verdünnen. Von Hellmuth (5) wird eingewandt, daß die optimale Nitritmenge, die in dem jeweiligen Falle für das zu bestimmende Bilirubinquantum nötig sei, uns bisher nicht bekannt sei. Es bestehe andererseits die Tatsache — und auf sie habe außer Feigl-Quebner auch schon v. d. Bergh aufmerksam gemacht —, daß durch Variierung der zugesetzten Nitritmenge (Vermehrung oder Verminderung) die Farbintensität der Diazoreaktion verstärkt oder abgeschwächt werden könne. Auch dieser Fehler läßt sich durch geeignete Verdünnung vermindern.

Weitere Fehler ergeben sich aus der Konstruktion des Autenrieth'schen Kolorimeters, der verschiedenartigen Beleuchtung und der individuell verschiedenen Farbempfindlichkeit des Untersuchenden. Vielleicht fallen diese Mängel, die ja für jedes untersuchte Blut bei jedem Teil-

Digitized by Google

striche des Kolorimeters ungefähr dieselben sind, bei vergleichsweiser Schätzung für klinische Zwecke weniger ins Gewicht, man wird aber gut tun, immer daran zu denken und bei der Beurteilung kleiner Unterschiede, namentlich bei sehr geringen Bilirubinkonzentrationen Vorsicht walten zu lassen. In solchen Fällen kommt außerdem die Schwierigkeit hinzu, daß man bei geringfügigen Differenzen nie Sicheres über deren Ursache, die doch leicht rein physiologischer Natur sein kann, wird sagen können.

Im Prinzip der zuletzt erwähnten Methode gleich ist die von Haselhorst (4), die eine Vereinfachung jener bildet, aber auch erheblich ungenauer ist.

v. d. Bergh (9) hat mit seiner Methode gefunden, daß fast in jedem menschlichen Serum Bilirubin enthalten ist, und zwar in einer Konzentration von 1:250000—400000 (9), ähnliche Zahlen erhielten Lepehne (10) und Bauer und Spiegel (1). Bei einigen Personen beträgt die Konzentration bis zu 1:80000 (physiologische Bilirubinämie bei v. d. Bergh, schon vorher den französischen Klinikern als Cholémie familiale simple bekannt), ohne daß außer einer etwas gelblichen Hautfarbe etwas pathologisches nachweisbar wäre. Eine Ursache hierfür ist nicht bekannt. Die Grenze zwischen physiologischem und pathologischem Bilirubingehalt wird mit ziemlicher Willkür festgesetzt. Hellmuth (5) und Haselhorst (4) haben bei völlig gesunden Menschen auch höhere Werte als v. d. Bergh und Lepehne für völlig normal gehalten, und Botzian (2) hält 1,5:200000 für den Grenzwert zwischen physiologischem und pathologischem Bilirubingehalt, betont aber, daß auch bei klinisch gesunden Individuen Bilirubinmengen im Blute angetroffen würden, die über den angegebenen Grenzwert hinausgingen; für die Mehrzahl dieser Fälle vermutet er leichte Anomalien der Gallensekretion. Der Bilirubingehalt des Blutserums kann pathologisch erhöht sein, ohne daß es zu einem objektiv erkennbaren Ikterus kommt. Erst wenn eine Konzentration von 1:50000 erreicht ist, tritt nach v. d. Bergh (9), Botzian (2), Lepehne (10) das Bilirubin in die Haut oder in den Harn über.

Hieraus ist zu ersehen, daß der Bilirubingehalt bei verschiedenen Personen ohne Ursache von schwankender Höhe ist, für ein und dasselbe Individuum soll er aber unter normalen Verhältnissen einen außerordentlich konstanten Wert darstellen (Bauer und Spiegel [1]). Wenn nun der Gallenfarbstoff über die erwähnten Zahlen hinaus vermehrt ist, wird man auf eine Schädigung oder Insuffizienz in einer Teilfunktion der Leberzellen schließen müssen, gleichviel ob man ihnen die Bildung oder Ausscheidung des Gallenfarbstoffes zuschreiben will. Zu demselben Schluß wird man aber auch dann berechtigt sein, wenn ein vorher normaler Bilirubingehalt nach gewissen Eingriffen erheblich ansteigt, selbst wenn die Konzentration noch nicht stärker als 1:80000 ist; zum mindesten muß man annehmen, daß die nicht genügend bekannten Momente, die zu einer physiologischen Bilirubinämie führen, unterstützt werden.

Untersuchungen über den Gallenfarbstoffgehalt des Serums bei Lues waren im Jahre 1920 von Nast begonnen worden; dabei hatten sich einige Unterschiede ergeben. Die Arbeit mußte aus Zeitmangel aufgegeben werden, sie bildet aber die Anregung zu meinen Untersuchungen.

Digitized by Google

Es schien geraten, das Blutserum nicht bloß vor und nach der Kur zu untersuchen, sondern auch möglichst oft während dieser. Um bei den dazu nötigen häufigeren Blutentnahmen Schwierigkeiten mit den Patienten aus dem Wege zu gehen, wurde die Anordnung getroffen, möglichst vor jeder Injektion Blut zu entnehmen. Mitunter wurde die Zahl der Blutentnahmen etwas eingeschränkt, während in anderen Fällen auch kürzere oder längere Zeit nach der Einspritzung Blut entnommen wurde. Die Zahl der untersuchten Blutseren beträgt gegen 500, abgesehen von einer Reihe anderer, die nur zur Erprobung der Methoden und der Erlangung der nötigen Sicherheit in diesen dienten. Es sind nur Resultate, die durch Ausführung der indirekten Reaktion nach der Methode v. d. Bergh's gewonnen wurden, angegeben; dabei wurde aus praktischen Gründen, wie es schon Lepehne und Botzian getan haben, folgende wenig schöne Abkürzung gebraucht: 1,5 B.E. = Bilirubineinheiten; das ist Bilirubin in einer Konzentration von 1,5 : 200000, 0,3 B.E. = 0,3 : 200000.

Eine Reihe von Untersuchungen liefen darauf hinaus, festzustellen, ob möglicherweise andere Umstände, wie unregelmäßige Ernährung, Alkohol- und Tabakmißbrauch, sexuelle Strapazen, nervöse Übererregbarkeit, degenerative Zustände Veränderungen im Bilirubingehalt des Blutserums bewirken können. Die nur wegen Gonorrhoe eingelieferten Personen, die zum großen Teil in ähnlichen oder gleichen Verhältnissen leben wie die zur Untersuchung gelangten Luischen, schienen zum Vergleich ganz geeignet, zumal diese meist auch eine Gonorrhoe akquiriert hatten, die namentlich in ihren komplizierten, langwierigen Formen auch Einfluß haben könnte. Außerdem schien es geraten, zu untersuchen, welchen Schwankungen der Bilirubingehalt im Verlaufe mehrerer Wochen unterworfen ist. Das Ergebnis zeigt folgende Tabelle.

Männer sind durch „M" besonders bezeichnet, die übrigen sind weiblichen Geschlechts. Die beiden letzten, 13 und 11, sind früher wegen Lues behandelt worden, jetzt wiesen sie keine Erscheinungen auf.

Prot.-Nr.	B.E.				B.E.				B.E.			B.E.
19 M	1,4,	nach	2	Tagen	1,0							
14 M	1,15,	„	4	„	1,15							
4	0,8,	„	10	„	0,8,	nach	9	Tagen	0,85			
1	0,6,	„	12	„	0,6							
22	0,55,	„	12	„	0,55							
26	0,45,	„	15	„	0,55							
28 M	0,75,	„	15	„	0,45,	„	5	„	0,4,	nach	23 Tagen	0,45
30	1,05,	„	16	„	0,8							
6 M	0,5,	„	19	„	0,7,	„	3	„	0,4			
24	0,45,	„	20	„	0,5							
2	0,55,	„	24	„	0,7,	„	25	„	0,7			
9 M	0,4.	„	24	„	0,7							
16 M	0,65,	„	25	„	0,9							
23	0,55,	„	30	„	0,5							
12 M	1,1,	„	35	„	0,5,	„	18	„	0,55			
36 M	0,3,	„	34	„	0,5,	„	6	„	0,5			
35	0,3,	„	44	„	0,1,	„	4	„	0,3			
3	1,8,	„	54	„	2,1							
5 M	0,6,	„	64	„	0,9							
13	0,9,	„	52	„	1,0							
11	0,7,	„	20	„	0,55,	„	6	„	0,65			

Digitized by Google

Unter 12 einmal untersuchten Fällen war der Bilirubingehalt nur 6mal größer als 0,7, höchster Wert 1,5 B.E.

Der Bilirubingehalt bei verschiedenen Personen weist also beträchtliche Unterschiede auf. Eine ganze Reihe zeigt Werte unter 0,5 B.E., hierbei ist die Ablesung schon sehr ungenau; es ist vor allem auch nicht sicher, ob sie durch einen abnorm hohen Luteingehalt beeinflußt werden kann. Im Durchschnitt beträgt der Gallenfarbstoffgehalt 0,75 B.E. Die höchsten Werte sind 1,8 und 2,1 B.E. bei einer Patientin mit dunklem Kolorit der Haut, die schon wegen Tuberkulose in Behandlung gewesen ist, im übrigen ist der Grenzwert 1,5 B.E., wenn auch Fälle über dem v. d. Bergh angegebenen Grenzwert von 0,8 B.E. seltener sind. Die Zahlen sind nicht wesentlich höher als die von anderen Autoren für Gesunde angegebenenen. Ich möchte deshalb annehmen, daß für die Mehrzahl der Fälle die anfangs erwähnten Momente keine wesentliche Rolle spielen, man wird ihnen deshalb auch bei Luischen keine übermäßige Bedeutung zuschreiben können.

Bei dem einzelnen blieb die Konzentration des Gallenfarbstoffes trotz beträchtlicher Pausen innerhalb geringer Grenzen konstant. Die Differenz war meist kleiner als 0,25 B.E. In 4 Fällen (12, 19, 28, 30) ging der Bilirubingehalt um 0,6, 0,4, 0,35 bzw. 0,25 B.E. zurück, während er in 4 anderen (3, 5, 9, 16) um 0,25—0,3 B.E. anstieg. Die Mehrzahl der Schwankungen (etwa unter 0,25) liegt innerhalb der Fehlerbreite; es ist aber auch möglich, daß besonders für die zuletzt erwähnten rein physiologische Veränderungen des Gallenfarbstoffgehaltes der Grund sind.

Wenn nun während einer Salvarsan-Quecksilberkur die Bilirubinmenge über 1,5 B.E. anstiege oder überhaupt größere Schwankungen zeigte als die eben erwähnten, würde man nicht ohne weiteres eine Wirkung der Lues und ihrer Behandlung ausschließen können. Es darf zwar nicht außer acht gelassen werden, daß immerhin noch andere, mitunter unbekannte Ursachen vorhanden sein können, aber jene Momente stehen doch im Vordergrunde.

Es wurden 34 Fälle von Lues während der Kur mindestens 5 bis 10mal untersucht, während von einer Reihe anderer nur weniger Untersuchungen vorlagen. Unter den zuerst erwähnten zeigen 28 die Übereinstimmung, daß bei Beendigung der Kur der Bilirubingehalt kleiner war als 1,5 B.E.

Hiervon bilden 7 Fälle bis dahin unbehandelter sekundärer Syphilis eine Gruppe. Der Bilirubingehalt war durchschnittlich kleiner als 0,75, nur in 2 Fällen 1,0 B.E. Diese zeigten aber keine größeren Schwankungen. In 1 Falle war der kleinste gefundene Wert 0,35, der größte nur einmal vorhandene 1,25 B.E., danach ging die Konzentration des Gallenfarbstoffes wieder zurück.

Besonders günstig war folgender Fall.

Fall Nr. 54, Julianna Chl., 19 Jahre, Graviditas mens. III—IV. Gonorrhoe +. Makulöses Exanthem am Rumpf und an den Streckseiten der Extremitäten. Inguinaldrüsen flach, hart, indolent. Papeln am äußeren Genitale. Spirochaete pallida +. Bisher unbehandelt. Diagnose Lues II.

Digitized by Google

Datum	WR	SGR	Schmierkur	Sublimat	Salvarsan	Bilirubin
28. X.	—	++				0,3
30. X.			5 g			
9. XI.	+++	++/+++	50 „		0,2 Salvarsan	0,25
14. XI.	+++	++/+++	75 „		0,2 „	0,3
18. XI.	+++	++	95 „		0,3 „	0,25
22. XI.	+++	++	115 „		0,3 „	0,35
26. XI.	+++	+++	135 „		0,4 „	0,4
1. XII.	+++	++	160 „		0,4 „	0,35
3. XII.			170 „			
7. XII.	+++	+++		0,04	0,6 Neosalv.	0.4
13. XII.				0,04	0,45 „	0,35
20. XII.	Spur	∓		0,04	0,6 „	0,6
27. XII.	—	—		0,04	0,6 „	0,4

Ähnlich günstig lagen die Verhältnisse bei 3 anderen Fällen, die nur deshalb abgetrennt wurden, weil die WR des Liquors schwach positiv war, während die Eiweiß- und Zellwerte keine Veränderungen zeigten. Zwei andere Patientinnen waren schon wegen Lues vor längerer Zeit behandelt worden, z. B. folgender Fall.

Nr. 68, Marie Cz., 28 Jahre. 27. II. bis 1. VII. 1920 wegen Lues II 10 Spritzen Salvarsan-Sublimat. WR zuletzt negativ. 22. XI. 1920 bis 5. IV. 1921 Lues latens, WR positiv. 1. Kur 12 Spritzen Salvarsan-Sublimat, 2. Kur 7 Spritzen Salvarsan-Sublimat. Jetzt kommt die Pat. mit einer Reinfektion. Inguinaldrüsen erheblich vergrößert, flach, hart, indolent. Primäraffekt (Spirochaete pallida +) an beiden ödematös geschwollenen Labien. Papeln am äußeren Genitale.

Die Lumbalpunktion ergibt: Pandy ±, WR im Liquor negativ bis 1,0, Phase I kaum opal, Zellzahl 0/3.

Datum	WR	SGR	Schmierkur	Sublimat	Salvarsan	Bilirubin
23. X.			5 g			
24. X.	+++	+	10 „			
1. XI.	+++	+++	50 „		0,2 Salvarsan	0,65
7. XI.	++	+++	80 „		0,2 „	0,8
11. XI.	++	++	100 „		0,3 „	0,65
15. XI.	++	+	120 „		0,3 „	0,9
21. XI.			150 „		0,4 „	0,9
27. XI.			180 „			
28. XI.	+++	+++		0,04	0,6 Neosalv.	0,9
5. XII.	++	+++			0,6 „	1,0
12. XII.	++	++			0,6 „	1,0
20. XII.					0,6 „	0,6
27. XII.	+++	+/++	½ Novasurol		0,6 „	0,65

Während der Kur stieg der Bilirubingehalt von 0,65 allmählich auf 1,0, um dann bis auf 0,6 B.E. zurückzugehen.

Der andere Fall, Nr. 69, ist eine Patientin, die vor einem Jahre 12 Quecksilber- und 8 Salvarsanspritzen erhalten haben will; sie ist 16 Jahre alt und kommt mit einem Rezidiv (Spirochaete pallida +). Während der Kur stieg der Bilirubingehalt von 0,55 vorübergehend auf 1,0 B.E.

Eine weitere Gruppe bilden 4 Fälle mit Liquorlues, von denen einer 1919 8 Quecksilber- und 2 Salvarsanspritzen erhalten haben will. Die gefundenen Bilirubinwerte waren meist kleiner als 0,7 B.E. In einem

Digitized by Google

Falle stieg der Gallenfarbstoffgehalt von 0,3 auf 0,9 und betrug schließlich 0,6 und 0,4 B.E.

Zusammenfassen möchte ich 6 Fälle von sekundärer Lues, die ihre erste Kur in unserem Krankenhause gemacht hatten und nun ihre zweite durchführten. Die Pause betrug 32—40 Tage, in 2 Fällen zwei Monate. Auffallend war, daß der Bilirubingehalt meist kleiner war als 0,7 und außerordentlich konstant blieb. Die WR war in allen Fällen negativ, während der Kur wurde sie in einem Falle vorübergehend schwach positiv, einmal war SGR positiv.

Hier sind noch 14 Fälle von sekundärer Lues anzuschließen, die während oder gegen Ende der Kur ein- bis viermal untersucht wurden. Nur zweimal war die Bilirubinmenge beträchtlicher als 1,0. Die Differenz zwischen höchstem und tiefstem Wert betrug zweimal 0,55 B.E., sonst war sie weit geringer.

Während in den erwähnten Fällen das Bilirubin sich vorwiegend unterhalb einer Konzentration von 0,8 : 200000 hielt, zeigt es in 3 Fällen eine Zunahme, aber nicht über 1,35 B.E. hinaus. Bei dem 1. Falle (Lues II), Nr. 85, der zeitweise die Salvarsaninjektionen schlecht vertragen hatte, stieg der Bilirubingehalt allmählich von 0,4 auf 1,35 B.E., um dann wieder geringer zu werden.

Der 2. Fall, Nr. 86, wegen tabischer Arthropathien und gastrischer Krisen in Behandlung, zeigte nach einer kurzen, wegen Stomatitis abgebrochenen Schmierkur während einer Neosalvarsankur einen langsamen Anstieg von 0,5 auf 1,35 B.E., letzter Wert 0,8.

Der 3. Fall (Lues II), Nr. 87, zeigte eine allmähliche Zunahme von 0,85 auf 1,35 B.E.

Die gefundenen Werte sind nicht höher als die, welche die an Gonorrhoe Erkrankten aufwiesen, wenn auch die Schwankungen zwischen höchster und tiefster Zahl etwas größer sind.

In 3 anderen Fällen ging der anfangs erhöhte Bilirubingehalt zurück.

Fall Nr. 75, Gertrud P., 22 Jahre. Die Infektion lag $1^1/_2$ Jahre zurück. Pat. hatte während des vergangenen Jahres eine unregelmäßige Kur durchgemacht. Bald nach deren Beendigung will sie am ganzen Körper gelb geworden sein. Der Ikterus war beim Eintritt ins Krankenhaus mäßig stark. Über Appetitlosigkeit, Beschwerden von seiten des Magen-Darmtraktus wurde wenig geklagt. Die Leber war, soweit sich durch Perkussion und Palpation feststellen ließ, kaum vergrößert.

Datum	Schmierkur	Salvarsan	Bilirubin
28. X.	5 g		5,0
3. XI.	15 „		1,15
4. XI.	20 „		1,1
8. XI.	40 „	0,45 Neosalv.	1,15
9. XI.	45 „		1,15
12. XI.	60 „	0,2 Salvarsan	
17. XI.	85 „	0,2 „	0,9
21. XI.	105 „	0,2 „	0,8
25. XI.	125 „	0,2 „	0,6
30. XI.	150 „	0,3 „	
5. XII.	175 „	0,3 „	
12. XII.	210 „	0,3 „	0,5
19. XII.	240 „	0,3 „	0,4

Digitized by Google

Im Blut am 28. X. WR ±, SGR ±.
Die Lumbalpunktion am 2. XI. 1921 ergab: Pandy milchig, Phase I blutig, Zellzahl 36/3, WR 0,2 —, 0,6 ±/+, 1,0 +/++.

Der Ikterus war noch einige Zeit während der Kur trotz normalen Gallenfarbstoffgehaltes im Blutserum deutlich zu erkennen, wie es schon von v. d. Bergh (9) und Botzian (2) beschrieben ist. Der Fall ist bemerkenswert, denn trotzdem eine Störung der Leberzellen vorgelegen haben muß, und ein „Zustand von Krankheitsbereitschaft" vorlag, zeigte sich keinerlei Rückschritt in der Genesung nach Salvarsangaben.

Bei den beiden anderen Fällen, von denen der eine (76) von 2,1 auf 0,6 und schließlich auf 0,4 B.E., der andere (77) von 1,8 auf 1,0 und schließlich auf 0,4 B.E. zurückging, kann man sich der Vorstellung nicht erwehren, daß die Schmierkur günstig auf den Bilirubinspiegel des Blutserums gewirkt hat.

(Schluß folgt.)

Aus der akademischen Klinik für Hautkrankheiten in Düsseldorf.

Über kombinierte Flockungsreaktion (einzeitige Sachs-Georgi-Meinecke-Reaktion).

Von

Prof. Stern, Direktor und Dr. Otto Evening, Assistenzarzt der Klinik.

Der eine von uns (Stern) hat vor kurzem in der M. m. W., 1921, Nr. 49 über eine einzeitige Sachs-Georgi-Meinecke-Reaktion berichtet. Da nach der Meinung einer Reihe von Autoren beide Reaktionen im Wesen das Gleiche sind, lag der Gedanke nahe, ob es nicht möglich wäre, beide Reaktionen zu vereinigen, um auf diese Weise 1. eine Vereinfachung in der Arbeit und eine Materialersparnis zu erzielen und 2. vielleicht eine weitgehende Verschärfung der Reaktion zu finden. Das Wesen der Kombination liegt in der Mischung beider Extrakte, also in der Mischung des von Sachs und Georgi für ihre Reaktion angegebenen cholesterinierten Rinderherzextraktes und des von Meinecke für seine Reaktion vorgeschriebenen Pferdherzextraktes, und zwar zu gleichen Teilen. Sachs und Georgi verdünnen bekanntlich ihre Seren mit physiol. NaCl und den Extrakt ebenfalls mit physiol. NaCl. Meinecke dagegen ersetzt den fehlenden Cholesteringehalt seiner Extrakte durch eine höhere Kochsalzkonzentration und verdünnt deshalb seinen Extrakt in der Hauptsache mit 2%igem NaCl. Für das Gemisch beider Extrakte hat sich uns bis jetzt am besten als Verdünnungsflüssigkeit das Aqu. dest. bewährt, und zwar die fünffache Menge des Extraktgemisches (also z. B. 0,5 SGR + 0,5 MR + 5,0 Aqu. dest.), während die Seren mit 2%igem NaCl zu verdünnen sind.

Die Technik der Kombinationsmethode ist also kurz folgende: Zu 0,2 inaktivem Serum 0,8 2%iges NaCl, gut schütteln, dazu 0,5 ccm der Extraktmischung, alsdann 2 Stunden Brutschrank, darauf 18 Stunden bei Zimmertemperatur, ablesen im Agglutinoskop.

Digitized by Google

Das Resultat ist in positiven Fällen eine gut sichtbare, etwas gröbere Flockung, als wir bei Sachs-Georgi zu sehen gewohnt sind. Stern konnte schon über 500 Seren berichten, an denen die Reaktion mit gutem Erfolg ausgeführt wurde. Wir haben dann die Kombinationsmethode in der Folge neben SGR und MR (DM) und neben WR angewandt, und zwar benutzten wir zu den Flockungsreaktionen die zu beziehenden Originalextrakte. SGR und MR immer ebenfalls anzustellen war uns mehrfach wegen Serummangels nicht möglich.

Wenn wir heute die Resultate aller Reaktionen (WR, SGR, MR und Kombinationsmethode) miteinander vergleichen, so ergibt sich eine glatte Übereinstimmung in 70,3% der Fälle, während in 29,7% der Fälle irgend eine der 4 Reaktionen anders reagiert hat als die übrigen.

Vergleichen wir die Resultate der Kombinationsmethode mit der WR, so finden wir eine Übereinstimmung in 86,9% der Fälle. Verschieden reagierten 13,1%. Bei diesen 13,1% der nicht übereinstimmenden Fälle handelt es sich in der Hauptsache um mehr oder weniger stark positive WR und negative Kombinationsmethode, und zwar waren es meist behandelte Luesfälle am Ende der Kur.

Die hier angeführten Zahlen nähern sich übrigens den in den verschiedensten Veröffentlichungen angegebenen. Wir erwähnen hier nur Kafka (86,0%), Weichardt und Schrader (86,5%), Zurhelle (87,1%), Evening (88,5%), Blumenthal (88,2%), Zahlen, die sich übrigens auf die Übereinstimmung zwischen SGR und WR beziehen. Zwischen MR WR erzielten Übereinstimmung z. B. Evening in 90,96%, Schmitt und Pott in 94,5% der untersuchten Fälle. Ein Vergleich all dieser Zahlen ergibt also für die Kombinationsmethode ein ganz gutes Resultat, wenn auch eine Überlegenheit in dieser Beziehung sich nicht ergab.

Aber in einer anderen Richtung ergaben sich Vorteile:

Unspezifische Resultate haben wir bei der Kombinationsmethode nicht gefunden.

Bei allen gut positiven (+++) Resultaten handelt es sich immer um Lues, wobei auch die WR positiv (+++) war. Das läßt sich von der SGR und MR nicht unbedingt sagen. In fast allen Veröffentlichungen über SGR und MR ist von gelegentlichen unspezifischen Flokkungen die Rede. Die Mehrzahl der Autoren stellen deshalb sowohl SGR als auch MR nur neben der WR an. Nach Weisbach [1]) z. B. ergibt die SGR „allerdings gelegentlich auf Kosten der Spezifität" feinere Ausschläge, im Anfange, am Ende und in der Latenz der Lues. „Allein angewandt erscheint sie nicht selektiv genug."

Da wir jedoch im Gegensatz zu den Angaben auch anderer Autoren fanden, daß in unserer Kombination gerade bei Lues am Ende der Kur und bei beginnender Lues (Primäraffekt) die Reaktion noch negativ war, so wäre zu erwägen, ob nicht doch bei unserer Methode die Spezifität verschärft wird, allerdings insofern auf Kosten der Empfindlichkeit, als wir „unspezifische Flockung" vermeiden und auf feinere, damit ungenauere Ergebnisse am Anfang und Ende verzichten.

[1]) WR und Ausflockungsreaktionen. Jena 1921.

Digitized by Google

Die von Stern in der ersten Veröffentlichung ausgesprochene Hoffnung, die Kombination würde zu einer Verschärfung der Ergebnisse führen, hätte sich dann insofern erfüllt, als wir sagen können: wenn nach unserer Kombination die Flockung einwandfrei positiv ist, so liegt unter allen Umständen Lues vor. Man braucht also die Kombinationsmethode nicht mehr neben der WR machen, sondern kann aus der eventuell positiven Flockung Lues diagnostizieren, was man bis jetzt aus der SGR und MR allein nicht tut. Dieses Ergebnis ist praktisch von der größten Wichtigkeit. Nehmen wir an, die Annahme verweist sich bei weiteren Untersuchungen als richtig, daß nach unserer Kombinationsmethode der positive Ausfall der Flockung unter allen Umständen Lues beweist, so hätte man in Zukunft im Laboratoriumsbetrieb nur nötig, alle Seren zunächst nach unserer Methode zu untersuchen. Alle positiv reagierenden Seren stammen von Luespatienten, brauchen also nicht weiter auf WR untersucht zu werden. Der Rest wird dann nach WR weiter geprüft, um die noch wassermann-positiven Seren herauszufinden. Das würde eine ganz erhebliche Material- und Arbeitsersparnis bedeuten, da zur Ergänzung der klinischen Diagnose ein positiver Ausfall der Kombinationsmethode genügte.

Wir sind zur Zeit noch mit weiteren Versuchen beschäftigt, über die wir bei Gelegenheit berichten werden. Wir möchten nur darauf hinweisen, daß es nach unseren Versuchen eine ganze Reihe von Seren gibt (es handelt sich dabei um WR ++++), die stets stark ausflocken, ganz gleich, welche Extrakte, welche Kochsalzkonzentrationen oder welche sonstige Kombinationsmethoden man bei ihnen anwendet. Dagegen gibt es WR + Seren, die sowohl nach SGR, MR und unserer Kombinationsmethode negativ sind und die auch nicht ausflocken, wenn man die verschiedensten Extrakte und Kochsalzkonzentrationen anwendet.

Wir stellen also nach unseren bisherigen an rund 1500 Seren und zahlreichen Einzeluntersuchungen gewonnenen Erfahrungen als vorläufiges Ergebnis fest:

1. Es besteht eine weitgehende Übereinstimmung zwischen der WR und unserer kombinierten Flockungsreaktion, insofern positive Flokkungsreaktion nach unserer Kombination Lues zu beweisen scheint.

2. Es gibt eine Anzahl Sera, bei denen man machen kann, was man will, sie flocken immer, meist handelt es sich um luische Sera.

3. Es gibt eine Anzahl (wassermann-positiver) luischer Sera, bei denen durch keine Reaktion (auch durch keine Kombination) Flockung zu erzielen ist. Diese Sera bleiben stets negativ.

4. Negative Flockungsreaktion (SGR, MR oder Kombinationsmethode) läßt daher keinerlei Rückschlüsse zu, daß keine Lues oder abgeheilte Lues vorliegt. Für die Bewertung eines therapeutischen Erfolges ist daher negative Flockungsreaktion nicht von Bedeutung.

Digitized by Google

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Januar 1922.

Originalbericht von Dr. L. Kleeberg-Berlin.

I. Aus der Universitäts-Hautklinik.

1. Frau Kaufmann-Wolf zeigt:

a) Zwei Fälle von **Atrophia cutis maculosa.** Bei einem 15jähr. Mädchen besteht eine ödematöse, gallertartige, bräunliche Schwellung am linken Ohr, auf beiden Wangen sind charakteristische, scharf begrenzte atrophische Herde. Die Haut wölbt sich an den erkrankten Partien über das übrige Niveau hervor, bei der geringsten Bewegung fältelt sich die Epidermis an ihrer Oberfläche. Auf die Seltenheit der Affektion im jugendlichen Alter und die oft behauptete — aber nicht bewiesene — Beziehung zur Tuberkulose (Vorkommen bei jungen weiblichen Individuen) wird hingewiesen.

Die zweite Pat., wegen eines typischen Lupus erythematodes des Gesichts in der Klinik behandelt — in den Ohrmuscheln sind zur Zeit noch typische Veränderungen —, zeigt auf den Streckseiten beider Oberarme im Durchmesser etwa 6 cm große, bläuliche, atrophische Herde von makulöser Hautatrophie. Mehrfach hat man die Affektion mit dem Lupus erythematodes in Beziehung gebracht.

b) **Lupus erythematodes des behaarten Kopfes?** (Rötung, lamellöse Schuppung, punktförmige Verhornung, Atrophie) neben einem Lupus erythematodes der Nase. Außerdem besteht bei der Pat. eine Lues II (Angina specifica, Alopezie der Cilien-Signe d'omnibus). Die eingeleitete antiluetische Behandlung — ohne Lokalbehandlung — wird zeigen, ob bei der Affektion auf dem Kopf die bestehende Lues eine Rolle spielt.

c) Waisenkind mit **Favus** (scharf begrenzte linsen- bis pfenniggroße Herde mit typischen Skutulum). Ob es sich um eine skutulabildende Form der Trichophytie oder um das Achorion Schönleinii oder Tierfavus handelt, wird die noch ausstehende Kultur klären.

2. Hein berichtet über zwei weitere **Todesfälle nach Hg-Salvarsantherapie.**

a) Ein 22jähr. Soldat mit Lues II hatte im Militärlazarett erhalten: 0,3 Neosalvarsan + 1,0 Novasurol, danach Stomatitis, darauf zweimal 0,45 Neosalvarsan alle 8 Tage; dann 0,6 Neosalvarsan, 3 Tage später schwere Lähmung der unteren und oberen Extremitäten.

Bei der Einlieferung in die Klinik bestand Blasenlähmung, **Querschnittsmyelitis** (Lähmung der oberen und unteren Extremitäten).

Neurologische Diagnose (Prof. Cramer): Multiple disseminierte Degenerationsherde im Mark.

Sektionsbefund (Prof. Creelen): Pachymeningitis adhaesiva spinalis. In allen Höhlen des Marks kleine Degenerationsherde (Fettkörnchenzellen).

H. erinnert an einen von Bruhns mitgeteilten sehr ähnlichen Fall, und an einen Fall, den er selbst früher beobachten konnte.

b) Bei einem wassermann-positiven Primäraffekt trat $6^1/_2$ Wochen nach Abschluß der Behandlung — 3,6 g Neosalvarsan + 1,45 Hg. salicylic. — Ikterus auf. 3 Wochen später Benommenheit, Krampfanfälle. Der Kranke wurde moribund in die Klinik gebracht. Trotz Aderlaß und Kochsalzinfusionen trat nach 12 Stunden der Exitus ein. Die Autopsie zeigte das Bild der **akuten gelben Leberatrophie.**

II. Heller zeigt einen 59jähr. Gärtner, bei dem sich nach Behandlung des Ekzems um die varikösen Ulzera an den Unterschenkeln nach Behandlung mit Euzerin — enthält 60—80% Paraffin — ein ausgedehntes **Vaselinoderma verrucosum** ausgebildet hat. Die von Oppenheim für dieses Krankheitsbild aufgestellten Formen treten in praxi meist als Mischformen auf. Die Pigmentation gehört streng genommen nicht zum Bild des Vaselinoderma verrucosum. Die Affektion hier erinnert an eine schwach ausgebildete Tuberculosis cutis verrucosa.

III. Buschke demonstriert:

a) Einen Mann mit ausgedehnter **Darierscher Krankheit.** Beteiligung der **Schleimhaut** (Herde am harten Gaumen). Verrucae-planae-ähnliche Effloreszenzen auf den Handrücken, Corps ronds auf den Augenlidern. Die Schwester des Kranken soll auch an derselben Krankheit gelitten haben.

Digitized by Google

b) Mann mit fleckförmigen **Naevus anaemicus** (Bürstenphänomen!) neben **Leukoderma specificum.**

c) **Universelles Leukoderm.** B. glaubt an eine Zunahme und Änderung des Verlaufs des Leukoderms (akute, subakute Formen, schnelles Verschwinden) infolge der Salvarsantherapie.

d) **Erythema induratum (Bazin),** z. T. ulzeriert.

IV. Langer (Abt. Buschke) stellt vor:

a) Einen Mann mit **Recklinghausenscher Krankheit.** Die bei dem Pat. plötzlich eingetretene Urinverhaltung, die eine Blasenpunktion notwendig machte, erklärte sich zystoskopisch durch ein **Fibrom in der Urethra.** Nach Fibrolysininjektionen hatte man den Eindruck, daß das Knötchen kleiner geworden war.

b) L. demonstriert das Präparat einer schweren **blennorrhoischen Mastdarmstriktur** einer 36jähr. Frau. Mikroskopisch: plasmazellenreiches Infiltrat. In einzelnen Zellen intrazelluläre Diplokokken.

c) Präparate von schwerer **Abszedierung von Nebenhoden** und einseitiger **Spermatozystitis blennorrhoica dextra** und **Prostatitis.** In der Prostata konnten auch im Schnitt intra- und extrazelluläre Diplokokken nachgewiesen werden. An dem Krankenmaterial der Buschkeschen Abteilung konnten in 48% Spermatozystiden gefunden werden (Latenz der blennorrhoischen Erkrankungen?).

Diskussion: Balog weist darauf hin, daß nie der palpatorische Befund, sondern stets die Sekretuntersuchung die Diagnose einer Spermatozystitis sicherstellt.

V. Jos. Schumacher: **Eine neue Bakterienkontrastfärbung.** Die Gentianaviolett + Phosphinmethode färbt in Eiterausstrichen bakterielles Eiweiß tief violett, tierisches Eiweiß hellgelb. Mundspirochäten werden dabei violett, verhalten sich also wie Bakterien, mit denen sie auch sonst in ihrem chemischen Aufbau übereinstimmen, wie mit anderen Methoden noch zu zeigen sein wird im Gegensatz zur Pallida, die, aus rein basischem Eiweiß sich aufbauend, den Protozoen näherstehen dürfte. Die hohen Kontraste der Färbung gestatten auch vereinzelte Keime leicht aufzufinden. Mit Pepsin-Salzsäure verdaute Leukozyten verhalten sich bei dieser Färbung alsdann wie die Bakterien, sie behalten dann ebenfalls die violette Farbe.

VI. Jos. Schumacher: **Über ein spezifisches Verhalten des Gonokokkus.** Werden unvorbehandelte, nur durch Hitze fixierte Blennorrhoeeiterausstriche in destilliertem Wasser aufgekocht, noch besser zwecks Einhaltung gleichmäßiger Technik zwei Minuten lang in siedendes Wasser gestellt, so lösen sich hierbei die Gonokokken scheinbar auf. Sie sind alsdann mit gewöhnlicher Methylenblau- oder Pyroninlösung nicht mehr darstellbar, mit Löffler findet man sie nach langem Suchen ganz blaßblau gefärbt. Bei Nachfärbung mit Pappenheim-Unna färben sich auch jetzt die Leukozyten rot, die Kontraste sind verschwunden, die Gonokokken fehlen scheinbar. Dieser Befund wurde von Sch. 1916 erhoben.

Unna kam zu demselben Resultat bezüglich der Auflösung des Gonokokkus.

Damit ist es möglich, die Bakterien in zwei Gruppen einzuteilen, in solche, die eine positive Kochprobe geben, d. h. sich dabei aufzulösen scheinen, ein Verhalten, was außer bei dem Gonokokkus bisher nur bei einem dickeren Stäbchen der Mundhöhlenflora beobachtet worden ist, und in solche Bakterien, die eine negative Kochprobe geben, d. h. das Aufkochen scheinbar unverändert überstehen und sich nach wie vor mit bas. Farben färben. Auch die Gentianaviolett + Phosphinmethode stellt in einem aufgekochten Gonokokkenpräparat diese nicht mehr dar, andere Bakterien nach wie vor violett. In einigen anderen Fällen ergibt sich mit dieser Methode nach dem Aufkochen eine Doppelfärbung.

Durch das Aufkochen sind die sauren Eiweiße, mit ihnen die Kernsubstanzen des Gonokokkus und mit diesen seine Nukleinsäure, die Gononukleinsäure, aus dem Gonokokkus ausgetreten. Die Darstellung der Kernsubstanzen und der Gononukleinsäure gelingt leicht mit der Albargin-Pyrogallolmethode mit noch mitzuteilender Technik. Beweis der fehlenden sauren Eiweiße: 1. Unmöglichkeit der Färbung mit Methylenblau und Pyronin, Versagen der Methylgrünfärbung und Fehlen der Gononukleinsäure. Gonokokkus nicht restlos aufgelöst, basisches Eiweiß noch zugegen. Beweis: Gute Färbbarkeit mit 1%iger Erythrosinlösung. Dabei sind aber nur extrazellulär gelagerte Gonokokken erkennbar. Zur Entfernung des sich mitfärbenden Leukozytenprotoplasmas, das die intrazellulär gelagerten Gonokokken verdeckt, werden die Ausstriche vor dem Aufkochen fünf Minuten lang in 2%ige Essigsäure gestellt. Dann stellt die Erythrosinfärbung einen solchen Ausstrich dar, wie sonst ein roter bas. Farbstoff einen gewöhn-

Digitized by Google

lichen Ausstrich, Kerne und Gonokokken tiefrot. Die Essigsäurebehandlung fällt aber die Kernsubstanzen des Gonokokkus, daher reagieren so vorbehandelte und aufgekochte Gonokokken jetzt amphophil, sie färben sich mit sauren und bas. Farben. 2. Die ebenfalls bas. Eiweiße färbenden Pararosaniline tingieren auch nach dem Aufkochen noch den Gonokokkus, aber der fehlenden sauren Eiweiße wegen jetzt schwächer.

Die Lösung der sauren Eiweiße beginnt schon bei Zimmertemperatur, die sauren Kernsubstanzen dagegen lösen sich erst bei höheren Temperaturen. Mit diesem Verhalten wird die außerordentliche Empfindlichkeit des Gonokokkus gegen hohe Temperaturen (Fieber) erklärt.

In Gonokokkenausstrichen, die mit Chemikalien vorbehandelt worden sind oder bereits, was dasselbe ist, mit Methylenblau gefärbt waren, lösen sich die Gonokokken beim Aufkochen nicht mehr, da sowohl das entstandene gononukleinsaure Metall ($AgNO_3$, Albargin, $HgCl_2$-Vorbehandlung), als auch das gononukleinsaure Methylenblau (Methylenblaufärbung), als auch die gefällten Kernsubstanzen (Essigsäure, Mineralsäuren, Pepsinverdauung) nicht mehr wasserlöslich sind.

Ausstriche von Urethralsekret, die Diplokokken enthalten, die in einem zweiten Ausstrich nach Kochen fehlen, enthalten Gonokokken. In einem aufgekochten Ausstrich, der bei Methylenblaufärbung bakterienfrei befunden wird, lassen sich etwa vorhandene Gonokokken durch eine Minute langes Nachfärben mit Karbolfuchsin wieder darstellen. Diplokokken, die das Aufkochen überstehen, sind keine Gonokokken. Ob diese Befunde praktische Bedeutung besitzen bezüglich der Diagnosenstellung, soll die Klinik entscheiden.

Zu erwähnen wäre noch, daß die einzelnen Gonokokken chemisch nicht gleich zusammengesetzt sind. (Erscheint ausführlich.) (Autoreferat.)

Diskussion: Buschke erinnert an seine Untersuchungen über den Gonokokkengehalt der verschiedenen Gonokokkenvakzinen (in alten Vakzinen waren meist keine Gonokokken mit der Methylenblaufärbung mehr nachweisbar).

Schumacher: Die Beobachtungen Buschkes bezüglich der Vakzinen kann ich bestätigen. Auch wir fanden den abzentrifugierten Bodensatz der Gonokokkenvakzinen oft mit Methylenblau sehr schlecht färbbar, in vielen Fällen aber die Bakterien noch darstellbar mit Karbolfuchsin oder mit Erythrosin.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

April 1921, Heft 5/6.

Beiträge zur Anatomie und Biologie der Haut, von W. Friedbos-Rostock. S. 267—276. F. bringt den färberischen Nachweis, daß die dicken knopfförmigen Kerne an den Nervenästchen, die Kreibich als Ganglienzellen anspricht, in keinem Zusammenhang mit den feinen Nervenfäden stehen, sondern der umgebenden Hülle zuzuzählen sind. Die Bedeutung dieser Kerne liegt in ihrer Aufgabe, als „Lebensregulatoren" der die feinsten Nervenfasern überallhin begleitenden Hüllen zu dienen; frei endende Nervenfasern soll es demnach nicht geben. F. erwähnt noch kurz den Zweck obengenannter Nervenhüllen und vertritt schließlich die Anschauung, daß die letzten Endigungen der intraepithelialen Nerven periodisch dem Untergang verfallen sind, zumal sie stets wieder leicht ersetzt werden können.

Zwei Fälle von kongenitaler familiärer Akanthosis nigricans, kombiniert mit Diabetes mellitus, von Mirscher-Zürich. S. 276—305. Beschreibung zweier, mit Diabetes mellitus komplizierter Fälle von Akanthosis nigricans, bei denen das familiäre Auftreten, der intrauterine Beginn sowie das Vergesellschaftetsein mit einer Reihe von Entwicklungsstörungen, wie infantiler Typ, Imbezillität, Hypertrichose, Zahndeformitäten usw., hervorgehoben werden. Verf. lehnt die vielfach geäußerte Ansicht, eine Sympathikusreizung für die Enstehung der Akanthosis nigricans verantwortlich zu machen, ab, und will innersekretorische Störungen als ätiologisches Moment herangezogen wissen. Was die Einteilung anbetrifft, so unterscheidet M. einen primär essentiellen Typus von einem sekundär symptomatischen.

Untersuchungen über die Funktion der Leber bei Lues, unter besonderer Berücksichtigung des Icterus syphiliticus praecox und der Leberstörungen durch

Digitized by Google

Salvarsan, von P. Tachau-Braunschweig. S. 305—326. T. konnte mit Hilfe der Blutzuckeruntersuchung dartun, daß bei Icterus syphiliticus praecox Störungen im Kohlehydratstoffwechsel der Leber vorliegen. Er zieht hieraus den Schluß, daß Spirochätentoxine die ursächliche Noxe darstellen. Einen schädigenden Einfluß des Salvarsans auf die Leber konnte er in seinen (relativ wenigen) Fällen nicht beobachten. „Bei hereditär-luetischen Säuglingen mit großer Leber und Milz wurden keine pathologischen Veränderungen des Blutzuckergehaltes festgestellt."

Über die Virulenz der Spirochaeta pallida an der Infektionsstelle nach vorangegangener Therapie, von L. Arzt und W. Kerl-Wien. S. 326—336. Die Arbeit zeigt, daß Spirochätennachweis und Serumreaktion, unser Hauptrüstzeug in der Syphilisdiagnostik, fallweise noch einer Ergänzung durch das Tierexperiment bedürfen. Die in diesem Sinne angestellten Versuche bewiesen, daß scheinbar spirochätenfreie Sklerosenarben und sogenannte Reerosionen noch infektiöses Material enthalten können; auch zeigen die Verff., daß die Virulenz ein und desselben Stammes sich im Tierversuch ganz anders verhalten kann als im menschlichen Organismus.

Syphilisdiagnose und Drüsenpunktion, von H. Droop-Göttingen. S. 336—344. An Hand von 50 Fällen wird die Wichtigkeit und Zuverlässigkeit der Drüsenpunktion in der Luesdiagnostik dargetan.

Zur Frage der Röntgentherapie bei Aktinomykose, von A. F. Rusts-Marburg. S. 344—346. R. tritt beim Röntgenheilverfahren der Aktinomykose für relativ geringe Dosen ein (etwa 10—15 X bei 1 mm Aluminiumfilter).

Unfall als Ursache für die Entstehung von Acrodermatitis atrophicans und Arthritis deformans, von E. Meirowsky-Köln. S. 346—347. Beschreibung eines Falles.

Experimentelle Untersuchungen über den Abtransport des Hautpigments, von Heinz Meyer-Köln. In einwandfreier Weise wird durch die angestellten Versuche klargelegt, daß der Abtransport des Pigments sich in erster Linie in der Hornschicht und dann in den Lymphspalten vollzieht. Was die Bildungsstätte des Hautpigments anbelangt, so geben die Experimente hierüber keinen eindeutigen Befund. Es wird die Anschauung vertreten, daß „der Pigmentierungsprozeß sich zeitlebens ausschließlich in der Kutis abspielt".

Mai 1921, Heft 1/2.

Die Bedeutung der Leuchtbildmethode zur Darstellung von Mikroorganismen, von E. Hoffmann-Bonn. S. 1—10. H. leugnet nicht, daß schon andere Autoren die Methode vor ihm gekannt und erwähnt haben, er nimmt lediglich für sich das Verdienst in Anspruch, durch Einschaltung von Kunstgriffen das Leuchtbildverfahren praktisch nutzbar gemacht zu haben; schließlich wird nochmals die Technik geschildert und der Wert der Methode durch gute Abbildungen bestätigt.

Beiträge zur Luesmikrobiologie. (Originäre Kaninchensyphilis), von J. Schereschewsky und Werner Worms-Berlin. S. 10—34. Fußend auf den Versuchen von Arzt und Kerl sind die Verff. der Überzeugung, zumal eigene Beobachtungen sie darin unterstützen, daß beim Kaninchen eine Spirochätenkrankheit existiert, die nicht als vom Menschen übertragen anzusehen ist. Die originäre Kaninchensyphilis ist durch den Koitus übertragbar; durch Rhagaden wird das Zustandekommen der Infektion begünstigt; fast immer gelingt die Überimpfung mit der Glaskapillarpipette. Versuche, den originären Stamm kulturell zu züchten, gelangen nicht. Die Erkrankung hat eine Inkubationszeit von 14—25 Tagen; Sekundärerscheinungen sind beobachtet worden. Gegen Infektion mit menschlichem Serum verleiht die originäre Kaninchensyphilis keinen Schutz; das gleiche gilt von der umgekehrten Versuchsanordnung. Selbst in großen Verdünnungen kann das Serum entsprechend vorbehandelter Tiere noch präzipitieren. Die gute Wirksamkeit der von Sch. zur Prophylaxe angegebenen Chininsalbe konnte bei den Infektionsversuchen bestätigt werden.

Sind die verschiedenen Arten der intravenösen Behandlung des Trippers beim Weibe (mit Silber- oder Farbstoffpräparaten oder deren Kombination) ein Fortschritt, gemessen an den neuzeitlichen Provokationsverfahren zur Feststellung der Heilung, von Schönfeld-Greifswald. S. 34—49. Kollargol, Elektrokollargol, Trypa-, Sano- und Argoflavin sind nach den vergleichenden Feststellungen Schönfelds die wirksamsten Mittel bei der intravenösen Behandlung der weiblichen Blennorrhoe. Die Injektionen sollen, bei gleichzeitiger örtlicher Behandlung der ergriffenen Bezirke, täglich zweimal gemacht werden. Die Methode, deren Anwendungszeit bei ein und demselben

Digitized by Google

Präparat sich nicht über 10—12 Tage erstrecken soll, zeitigte die besten Resultate bei Zervixblennorrhoe, bei Gelenkkomplikationen und auch noch bei Harnröhrentripper. Wenngleich unangenehme Nebenwirkungen oft nicht ausbleiben, und auch die Wirkungsweise der intravenös gegebenen Präparate theoretisch nicht strikt fundiert werden kann, so ist doch die Methode als ein Fortschritt zu betrachten.

Über Psoriasis pustulosa (v. Zumbusch), von Robert Schaefer-München. S. 49—57. Die Psoriasis ist eine Entzündung der Oberhaut und der obersten Schichten der Gefäßhaut, einhergehend mit mikroskopischen Abszessen. Sehr selten imponieren diese Abszesse auch makroskopisch; Zumbusch nennt das so entstandene Krankheitsbild „Psoriasis pustulosa". Die vorliegende Arbeit beschreibt einen derartigen Fall, der wie die übrigen ein schweres und äußerst chronisches Bild darbietet. Die oft schwierige Diagnose konnte noch dadurch gestützt werden, daß der betreffende Patient später einwandfrei Psoriasisefloreszenzen aufwies.

Über Ulcus vulvae acutum, von Biegel-Braunschweig. S. 57—64. Lipschütz beschrieb 1912 eine Genitalaffektion, die meist bei Virgines auftritt, nicht als eine venerische Krankheit aufzufassen ist und in ihrem äußeren Bilde eine große Ähnlichkeit mit dem Ulcus molle aufzuweisen hat. In den Frühjahrsmonaten 1911 und 1914 beobachtete B. 7 derartige Fälle; im Gegensatz zu Lipschütz konnte er einen einheitlichen bakteriologischen Befund nicht erheben. Die Geschwüre heilten auf Sitzbäder und Dermatolbehandlung gut ab.

Über Lupus pernio und seine Beziehungen zum Sarkoid Boeck, von Oskar Gans-Heidelberg, S. 64—80. In der Arningschen wie in der Bettmannschen Klinik wird bei einem Kranken die klinische und histologische Diagnose übereinstimmend auf Lupus pernio gestellt. G. ist es nun gelungen, durch den Tierversuch Tuberkelbazillen in einem der erkrankten Gebiete nachzuweisen. Für ihn ist hierdurch, zum mindesten für diesen Fall, die tuberkulöse Ätiologie des Lupus pernio erwiesen. Die vielen, bisher vergeblichen Versuche, den tuberkulösen Charakter der Erkrankung durch Impfexperiment und Tuberkulinreaktion festzustellen, erklärt er durch die sicherlich geringe Zahl der vorhandenen Tuberkelbazillen und deren nicht hohen Toxingehalt. Die in der Literatur genügend dokumentierte große klinische Ähnlichkeit mit dem Sarkoid Boeck, sowie der Umstand, daß es Kyrle gelungen ist, im Miliarlupoid Tuberkelbazillen nachzuweisen (die Beweiskraft dieses Experimentes wird von mancher Seite bestritten), veranlassen ihn, die bisherige scharfe Trennungslinie zwischen beiden Krankheitsbildern fallen zu lassen.

Juni 1921, Heft 3/4.

Über die Pathogenese der Livedo racemosa und ihr nahestehender Hautveränderungen, von L. Hess und W. Kerl-Wien. S. 125—140. Es werden verschiedene, ausführlich beschriebene Fälle angeführt, bei denen das Zustandekommen der Erkrankung durch pathologische Gefäßbefunde nicht erhärtet wird; hingegen ist bei allen Kranken irgend eine fehlerhafte Körperentwicklung nachzuweisen, die auf das Zustandekommen der Livedo racemosa einen entscheidenden Einfluß ausgeübt haben dürfte. Außer diesen in der somatischen Veranlagung wurzelnden Ursachen werden noch exogene Noxen und allgemeine Atherosklerose als ätiologische Momente festgestellt.

Über Lichen ruber planus im Kindesalter, von Oskar Kiess-Leipzig. S. 140 bis 185. Lichen ruber planus ist in den ersten Lebensjahren eine relativ seltene Erscheinung; das Verdienst des Verf. ist es, alle in der Literatur ihm erreichbaren Fälle aufgeführt zu haben. Das gesammelte Material ist hinsichtlich Alter und Geschlecht der betreffenden Individuen und in bezug auf Lokalisation, Aussehen und Ätiologie der Erkrankung gründlichst durchgearbeitet; auch über unklare Fälle und über Vergesellschaftung mit anderen Dermatosen werden interessante Angaben gemacht. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Zur Klinik und Histologie der Mycosis fungoides d'emblée, von Julius K. Mayr-München. S. 185—191. Beschreibung zweier Fälle, von denen der eine hinsichtlich der histologischen Struktur diagnostische Schwierigkeiten bereitete (Verdacht auf Sarooma Kaposi). Was den Heilungsverlauf anbetrifft, ist zu bemerken, daß Röntgentherapie bei beiden Kranken gut ansprach.

Unsere Erfahrungen mit der Panzlschen Jodlösung in der dermatologischen Praxis, von Karl Scherrer-Graz. S. 191—203. Die Lösung soll, besonders bei Blennorrhoe der Pars anterior, sowie auch bei Blennorrhoe posterior und bei nicht blennorrhoischen Blasenentzündungen bessere Resultate ergeben als die bisher gebräuchlichen

Digitized by Google

Medikamente. Mit Acid. boric. entsprechend verdünnt, lassen sich Reizerscheinungen größtenteils vermeiden. In der Luestherapie hat sich das Mittel nicht bewährt, während bei der Behandlung von Bubonen recht gute Erfolge erzielt wurden.

Über eine Beobachtung der Querteilung der lebenden Spirochaeta pallida, von F. Polbck-Braunschweig. S. 203—205. Das Wesentliche des Inhalts ergibt sich aus dem Titel.

Zur Sterilisationsbehandlung der frischen Luesstadien, von W. Gennerich-Kiel. S. 205—216. Der Artikel ist eine scharfe Erwiderung auf die von Löwenstein geübte Kritik an den Behandlungsergebnissen der Gennerichschen Methode. Verf. entkräftet den gegen ihn erhobenen Vorwurf, daß zahlreiche Reinfektionen als Monorezidive aufzufassen seien; auch die Angaben über seine „heroischen" Kuren erklärt er als nicht den Tatsachen entsprechend. Das vereinzelte Vorkommen von Rezidiven führt er auf den Umstand zurück, daß, gezwungen durch die Kriegsverhältnisse, er in vielen Fällen auf das von ihm als erforderlich gehaltene Behandlungsmaß verzichten mußte. Zum Schluß werden detailliertere Angaben über die im Kieler Marinelazarett üblichen Luesbehandlungsmethoden gemacht. F. Rosenberger-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung, von J. Schwalbe. Abteilung Gynäkologie, H. 1—3, von Henkel, Reifferscheid und v. Jaschke. (Verlag Georg Thieme, Leipzig 1921.) Die vorliegenden drei Hefte stellen eine Ergänzung der gynäkologischen Lehrbücher dar und sollen dem Praktiker die häufigsten vorkommenden Irrtümer veranschaulichen. Daher ist der Stoff, der in leicht lesbarer Form verarbeitet ist, nur mit Rücksicht auf die obigen Gesichtspunkte eingeteilt. Mit diesen Ergänzungsheften zu den vorhandenen Lehrbüchern wird dem Praktiker ein Werk in die Hand gegeben, das ihm ermöglicht, sich schnell über vorkommende Differentialdiagnosen zu unterrichten. Diese neuartige Bearbeitung des Stoffes und die sachliche und prägnante Form im Verein mit den zum Teil recht guten Bildern werden den Heften entschieden viel Anhänger verschaffen. Für eine Neuauflage wäre allerdings sehr wünschenswert, daß ein Teil der Bilder schärfer und deutlicher wären. Die speziell den Dermatologen interessierenden Kapitel sind, soweit sie die Geschlechtskrankheiten betreffen, im Rahmen des Ganzen als kurze, alles Wesentliche enthaltende Absätze abgefaßt, die Besprechung der Hautaffektionen der Genitalien dürfte vielleicht etwas ausführlicher gestaltet werden, ebenso die des Ulcus molle und der Bubonen, die bei Irrtümern in der Diagnosestellung doch eine sehr wesentliche Rolle spielen.
E. Langer-Berlin.

Die Geschlechtskrankheiten und ihre Folgen, von Hans Burkhard-Danzig. (Verlag S. Karger, Berlin. 87 Seiten.) Die allgemeinverständliche Darstellung zerfällt in einen medizinisch-therapeutischen Teil und einen über Verbreitung und Verhütung, einschließlich der Strafbestimmungen. Das zunächst abschreckende Bild der Geschlechtskrankheiten wird später durch die stark betonte Heilungsmöglichkeit erträglicher gestaltet. Im ganzen sonst nichts Neues. E. Dethleffsen-Heidelberg.

„Handbuch der Seifenfabrikation" nach dem Handbuch von C. Deite, völlig umgearbeitet und neu herausgegeben von Walther Schrauth. (Jul. Springer, 1921. 5. Auflage.) Der 1. Band des Deitzschen „Handbuchs der Seifenfabrikation", welcher die Hausseifen, Textilseifen und Seifenpulver behandelt, wurde bereits gelegentlich der 4. Auflage an dieser Stelle ausführlich besprochen. Ich glaube, auf eine neuerliche Besprechung dieser Seifenarten daher verzichten zu können, zumal den Mediziner die in der vorliegenden 5. Auflage behandelten medizinischen Seifen weit mehr interessieren. Leistet, wie schon früher gesagt, das Schrauthsche „Handbuch der Seifenfabrikation" zur Information über Zusammensetzung, Herstellung und Beurteilung der Seifen ausgezeichnete Dienste, so dürfte in der vorliegenden Auflage ein Kapitel über medikamentöse Seifen für den praktischen Dermatologen als geradezu unentbehrlich bezeichnet werden. Der von medizinischer Seite offenbar sehr gut beratene Verf. bringt in seinem von hervorragender Fachkenntnis und objektiver Kritik zeugenden Werk so viel für den Dermatologen wichtige Tatsachen, daß es sich lohnt, an dieser Stelle etwas näher auf den Inhalt einzugehen. Nach einer kurzen historischen Einleitung über die von Hebra, Auspitz und Unna in die Dermatologie eingeführte Behandlungsmethode mit medika-

Digitized by Google

mentösen Seifen werden die therapeutisch zu verwendenden Seifen einerseits, die desinfizierenden Seifen andererseits besprochen. Die keratolytische Wirkung der Seifen wird erklärt, und die Forderung, nur feste Fette zur Seifenherstellung zu benutzen (nach Unna Rindertalg), betont. Lanolin, Glyzerin, Vaselin als Bestandteile medikamentöser Seifen werden abgelehnt. Hühnereiweiß, Kasein, Albumosen, Trockenmilch, Pflanzenkleber, die als Ersatz des von Unna angegebenen Überfettes verwendet werden, als überflüssig bezeichnet. Mit Recht warnt Verf. vor Verwendung mehrerer Medikamente in einer Seife wegen der Möglichkeit einer chemischen Umsetzung, und führt als Beispiel für die Unsinnigkeit mancher Verschreibungsweisen die Salizyl-Resorzin-Teer-Schwefel-Seife an. Er empfiehlt, keinesfalls mehr als zwei Medikamente in einer Seife zu vereinigen. Als zweckmäßigste Formen werden die feste Natronseife und die weichen medizinischen Kaliseifen empfohlen. Die letzteren stellen die eigentlichen Konkurrenten der Fettsalben dar, weil sie wegen ihrer keratolytischen Eigenschaften besser in der Lage sind, das betreffende Medikament in die Haut zu transportieren als das Fett (vgl. Schmierkuren mit Quecksilber-Salbenseifen nach Unna). Der spezielle Teil, in welchem die großen Gruppen der Teer-, Phenol-, Quecksilber-, Schwefel-, Formaldehyd- und Sauerstoffseifen besprochen werden, zeichnet sich durch eine klarverständliche Darstellung des chemischen Verhaltens der betreffenden Medikamente in der Seife aus. Einige kurze Stichworte über den Inhalt der einzelnen Kapitel dürften erwünscht sein. Teerseifen: Analyse des Teers, Besprechung der wichtigsten Teerarten und -Präparate: Pix-liquida, Kreosot, Liantral-Beiersdorf, Anthrasol-Knoll, Pitral-Lingner, Pittylen-Schering. Phenolseifenpräparate: Die Wirkungslosigkeit der Phenole (Karbolsäure in Seifen) wird mit der Umsetzung der stark desinfizierenden Karbolsäure in unwirksames Phenolnatrium begründet. Beispiel: Natronseife mit einem 50%igen Karbolzusatz hat die Desinfektionskraft eines 4—5%igen Karbolwassers. Die Desinfektionskraft wird jedoch erhalten durch Einführung einer Methylgruppe in den Phenolkern (das sogenannte „Rohkresol", in der Hauptsache bestehend aus Ortho-, Meta- und Parakresol), außerdem werden Tribromphenol, Tribromxylenol und die Naphthole besprochen. Die Bedeutung der aromatischen Karbonsäuren für die Herstellung medikamentöser Seifen: Für die Herstellung von Resorzin-, Pyrogallol- und Salizylsäureseifen kommen nur neutrale, überfettete Seifen in Betracht. Formaldehydseifenpräparate: Statt des in Stückseifen flüchtigen Formaldehyd müssen beständige Kondensationsprodukte, z. B. Paraformaldehyd, verwendet werden. Lysoform (ein Gemisch von Formaldehyd- und Kaliseife). Sauerstoffseifen: „Pernatrol" (Natrium-Superoxyd-Salbenseife nach Unna). Schwefelseifen: Für diese kann nur eine neutrale, überfettete Seife als Grundlage benutzt werden, da bei den gewöhnlichen, stark alkalischen, wasserhaltigen Seifen die Bildung von Alkalisulfiden mit ihrer bekannten hornzerstörenden Wirkung auftritt. Ichthyolseifen und deren Ersatz, Thiol und Thigenol, werden hier mit behandelt wegen des S-Gehaltes dieser Präparate. Quecksilberseifen: Die ebenso irrtümliche, wie verbreitete Auffassung, daß in den käuflichen Sublimatseifen Sublimat als solches enthalten sei, wird zurückgewiesen. Das Sublimat setzt sich in der Seife ohne weiteres in Alkalichlorid und fettsaures Quecksilber um, welches zu metallischem Quecksilber reduziert wird — daher die graue Seifenfärbung der sogenannten „Sublimatseifen". Das Problem, eine der Desinfektionskraft des Sublimats gleiche Wirkung in der Seife zu erzielen, ist gelöst in der Afridolseife. Diese Seife enthält das Quecksilber als Natriumsalz der oxy-Quecksilber-o-toluyl-Säure, ferner in der Providolseife, in welcher das Natriumsalz des o-oxy-Quecksilberphenols zur Wirkung kommt. Der Desinfektionseffekt in der Seife ist dem einer Sublimatlösung ebenbürtig, ohne jedoch Reiz- oder Ätzwirkungen zu zeigen. Nach eingehender Besprechung der übrigen für die medikamentösen Seifen in Betracht kommenden Medikamente, wie Silbersalze, Jodoform, Jodkali, Chrysarobin, Pyraloxin, Chinolin, Perubalsam usw., wird am Schluß die Parfümierung medikamentöser Seifen und die Bedeutung ätherischer Öle für ihre Herstellung behandelt. Zusammengefaßt kann gesagt werden: Das Schrauthsche Werk, insbesondere die Kapitel über medikamentöse Seifen, gewähren in ihrer objektiven, klarverständlichen Darstellungsweise einen ausgezeichneten Einblick in den Chemismus und die Wirkungsweise dieser leider etwas vernachlässigten Form der Dermatotherapie, und dürften dem Praktiker eine dankenswerte Anregung für die erfolgreiche Verschreibung und Anwendung der medikamentösen Seifen in der dermatologischen Praxis geben. E. Unna-Hamburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Untersuchungen über die desinfizierende Wirkung einiger neuer Silberpräparate, von H. Bernhard. Veterinär-med. Diss., Gießen 1920. (Aus der Serumabteilung der Chemischen Fabrik von E. Merck in Darmstadt.) Bei der Prüfung der theoretischen Desinfektionskraft (d. h. in wässerigen Lösungen) ist Argochrom allen übrigen Präparaten weit überlegen. An zweiter Stelle folgt das Choleval, diesem steht das Protargol in seiner Wirkung nicht wesentlich nach, während das Kollargol innerhalb der angegebenen Zeitgrenze keine vollständige Abtötung bewirkt. Der Silbergehalt eines Präparates ist kein Kriterium für seine antibakterielle Wirksamkeit. In kochsalzhaltigen Medien tritt eine Verschlechterung der bakteriziden Wirkung der silberhaltigen Desinfektionsmittel ein. Diese steigert sich beim Argochrom fast bis zur Unwirksamkeit, während die Abtötungszeiten für Choleval und Protargol sich nur in mäßigen Grenzen verschieben. Beim Kollargol trat keine nennenswerte Änderung ein. In eiweißhaltigen Flüssigkeiten tritt eine weitere Verschlechterung sämtlicher Präparate in ihrer Wirkung ein. Am geringsten ist der schädigende Einfluß des Lösungsmittels beim Choleval und Kollargol, während die beiden anderen Präparate hier vollkommen versagen. Das Choleval ist als das beste von allen Präparaten für die Behandlung der erkrankten Schleimhäute zu bezeichnen. Das Argochrom verdankt seine bakterizide Wirkung seinem Gehalt an Silbernitrat. Die Farbstoffkomponente wirkt als Schutzkolloid. Sie verhindert die Bildung eines grobkäsigen Chlorsilberniederschlags beim Vermischen mit chlornatriumhaltigen Flüssigkeiten. Wässerige Argochromlösungen bilden beim Vermischen mit Serum keinen Niederschlag. Das Serumeiweiß wirkt so stark als Schutzkolloid, daß nur kolloides Chlorsilber entsteht. Dieser Eigenschaft ist es zu danken, daß Argochromlösungen völlig gefahrlos intravenös eingespritzt werden können. Die Bakterizidie der untersuchten Präparate in eiweißhaltigen Medien (Serum) ist viel zu schwach, als daß man von ihnen eine keimtötende Wirkung in corpore erwarten könnte. Die beobachteten günstigen klinischen Ergebnisse der intravenösen Silbertherapie sind offenbar der antiseptischen (entwicklungshemmenden) Wirkung der genannten Präparate zuzuschreiben.

F. Weiler-Leipzig.

Über chemotherapeutische Antisepsis, III Mitteilung. Über ein neues Antiseptikum (2-Äthoxy-6,9-diaminoakridinchlorhydrat), von J. Morgenroth, R. Schnitzer und E. Rosenberg. Abt. f. Chemotherapie des Inst. f. Infekt. „Robert Koch" in Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 44, S. 1317—1320.) Maßgebend für die Bewertung eines chemotherapeutischen Antiseptikums ist nur der Tierversuch an einer sehr großen Anzahl von Streptokokkenstämmen. Verff. berichten sodann über ein neues Antiseptikum, das in großen Verdünnungen Strepto- und Staphylokokken abtötet, keine Schädigung des infiltrierten Gewebes hervorruft und einen ganz geringen Farbstoffcharakter hat. Zur Anwendung des Mittels in der Praxis wird eine Verdünnung von 1 : 1000 empfohlen.

F. Harry-Berlin.

Über chemotherapeutische Antisepsis (Erfahrungen mit Rivanol-Morgenroth), von P. Rosenstein, Chir. Polikl. am jüd. Krankenh. Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 44, S. 1320—1322.) Verf. empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen die Anwendung des Rivanols bei Furunkeln, Karbunkeln, Schweißdrüsenabszessen und ähnlichen oberflächlichen Gewebsinfektionen. Auch bei allgemeiner Sepsis sah Verf. gute Wirkung.

F. Harry-Berlin.

Erfahrungen mit der Pregelschen Jodlösung, von E. Streissler-Graz. (Arch. f. kl. Chir., 1921, Bd. 116, H. 3. S. 542—556.) Die Pregelsche Jodlösung kann in jeder Form — subkutan, intravenös usw. — appliziert werden. Sie wirkt stark desinfizierend, ohne auf das Körpergewebe einen besonderen Reiz auszuüben. Sie hat sich besonders in der Wundbehandlung und der Urologie bewährt. Bei allgemeiner Blutinfektion hat man, auch bei intravenöser Gabe, keine Erfolge gesehen. Ebenso sind die Erfolge in der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose enttäuschend. Zusammenfassend kann jedoch die Einführung der Pregelschen Jodlösung als eine Bereicherung unseres therapeutischen Rüstzeuges gelten.

M. Rehbein-Hamburg.

Erfahrungen mit der Pregelschen Jodlösung, von O. Kleinschmidt-Leipzig. (Zbl. f. Chir., 1921, Bd. 45, S. 1646.) Während Verf. bei intravenöser Anwendung der Pregelschen Jodlösung keinen dauernden, bemerkenswerten Erfolg sah, hatte er gute

Digitized by Google

Erfolge bei lokaler Applikation. Entleerte Abszesse, verunreinigte akzidentelle Wunden heilten schnell. Auch bei frischen Gelenkverletzungen sah Verf. Heilung, ebenso nach Spülung mit Jodlösung. Ebenso wurden alte Fälle von Zystitis durch tägliche Pregl-Spülung innerhalb 14 Tagen geheilt. A. Rosenburg-Berlin.

Beitrag zur Kenntnis der akantolytischen Medikamente. Arsen (Contributo alla conoscenza dei medicamenti acantolitici. L'arsenico), von Francesco Fasani Volarelli. (Clin. dermosif. della R. Università di Siena. Pathologica, 1. Juni 1921, Nr. 31.) Bei äußerlicher Anwendung einer $^1/_2$%igen Arsenanhydritlösung auf gesunde Haut und nachträglicher Behandlung mit Pepsin-Salzsäurelösung (Unna) zeigten sich je nach Dauer der Einwirkung der Medikamente verschieden starke Reaktionen der vorher gesunden Haut. Im ersten Stadium (bis höchstens 20. Tag) ergaben sich im Stratum germinativum Veränderungen regressiven Charakters, dabei auch Zeichen erhöhter Zelltätigkeit, im Stratum papillare Gefäßdilatation. Die zweite Periode ist hauptsächlich durch eine Verdünnung der Epidermis mit den auch sonst üblichen Zeichen der Hautalteration (Diapedesis, Infiltration) charakterisiert. Im 2. Stadium, das etwa den 60.—70. Tag umfaßt, schreiten die Veränderungen in gleichem Sinne fort und erstrecken sich bis ins Stratum granulosum. In der Kutis selber nimmt allmählich die Infiltration zu, während sich an anderen Stellen Prozesse sklerotischer Natur ausbilden. Die Versuche wurden an der Haut von Hühnern (Kamm und Bartlappen) angestellt, die Exzisionen erfolgten je am 8., 20., 30., 45., 60. und 70. Tage der Behandlung. E. Sklarz-Berlin.

Lenigallol bei Ekzemen der Kinder, von Kurt Ochsenius-Chemnitz. (D. m. W., 1921, Nr. 43, S. 1297.) Verf. empfiehlt die Anwendung von 1%iger Lenigallol-Zinkpaste. F. Harry-Berlin.

Zur Anwendung und Wirkung der Eilser Schwefelbäder bei Erkrankungen des Herzens und der Gefäße, zugleich ein Beitrag zur immuno-biologischen Bedeutung der Haut für die allgemeine Biologie, von L. Weisz-Eilsen. (M. Kl., 1921, Nr. 32, S. 967—968.) Nach W.s Beobachtungen haben die Schwefelbäder von Eilsen eine sehr ausgesprochene Wirkung bei Herzneurosen, rheumatischen Affektionen des Herzmuskels, bei essentieller Hypertonie der Gefäße (Goldscheider) und Arteriosklerose, während bei Endokarditiden in erster Linie die Schwefelgasbäder angezeigt sind. Als absolute Gegenanzeige für die Bäderbehandlung sind chronische Irregularität des Pulses (Myokarditis), ausgesprochene Herzinsuffizienz und Neigung zu Blutungen anzusehen. Außer durch Inhalation vollzieht sich die Wirkung der Bäder (H_2S und CO_2) durch Aufnahme auf dem Wege der Haut und Beeinflussung des Nervensystems, des arteriellen Gefäßsystems und des Herzens mit Tonusherabsetzung und Gefäßerweiterung. Daneben spielt auch die biologische Funktion der Haut eine Rolle auf dem Wege einer Steigerung der unspezifischen Immunität, denn die Haut ist das große Immunitätsorgan, das vor allen anderen der Beeinflussung zugängig ist. E. Hoffmann hat bei der Strahlenbehandlung eine biologische, nach innen gerichtete Schutzfunktion der Haut angenommen, die er als Esophylaxie bezeichnet, womit also die Haut als ein auch mit innerer Sekretion ausgestattetes Organ erklärt wird. Diese Auffassung gewinnt eine Stütze durch die Untersuchungen von Friboes, welcher nachwies, daß das Deckepithel der Haut aus zwei Keimblättern hervorgangen ist, und daß es aus einem die ganze Breite und Höhe des Deckepithels durchziehenden Bindegewebsgerüst (Epithelfasersystem), einer Basalzellschicht und einem kontinuierlich das Rete Malpighi erfüllenden Protoplasmastreifen besteht. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über das neue Schwefelpräparat Mitigal, von J. Herrmann-Bendorf a. Rh. (M. Kl., 1921, Nr. 22.) Mitigal enthält 25% Schwefel in vollkommener organischer Bindung und stellt eine ziemlich dickflüssige, ölige Masse dar, die in absolutem Alkohol, Azeton und Benzol, nicht aber in Wasser gut löslich ist. Verf. hat es bei Skabies mit gutem Erfolg angewendet. Nach dem vorbereitenden Seifenbade wurde das Mittel an drei aufeinanderfolgenden Tagen auf die gesamte Körperhaut mit Ausnahme des Gesichts eingerieben, oder auch dreimal innerhalb 24 Stunden. Nachher 3 Tage lang Pudern der Haut, worauf Reinigungsbad und Wäschewechsel erfolgt. Für eine dreimalige Einreibung genügen durchschnittlich 150 g. Auch bei seborrhoischem Ekzem, Favus und anderen der Schwefeltherapie zugängligen Affektionen scheint das Mittel gute Dienste zu leisten. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Seifen in der Therapie, von E. Rost-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 21.) Der Mechanismus der Wirkung der Seifen als Reinigungsmittel ist neuerdings durch Arbeiten von Bechhold und von McBain weiter geklärt worden: Die Seifenlösungen zeigen eine geringe Hydrolyse, weisen aber ein hohes Leitvermögen auf und sind gleichzeitig

Digitized by Google

Kolloide („kolloide Elektrolyte"); sie sind gespalten in die Kationen (K, Na), die den osmotischen Druck ausmachen, und die stark polymerisierten Fettsäure-Anionen (Anionen-Miszellen); diese tragen mehrfach elektrische Ladung. Mit der Höhe der Ladung nimmt die elektrische Wanderungsgeschwindigkeit zu, daher das verhältnismäßig hohe Leitvermögen und gleichzeitig eine Vermehrung der Viskosität der Seifenlösungen. Die Oberflächenspannung wird herabgesetzt, wie der Stalagmometerversuch zeigt: so bilden sich kleine Tröpfchen (gegenüber Wasser), die leicht zwischen Haut und Hautfett eindringen, das die Schmutzteilchen einschließende Hautfett emulgieren, wobei diese als kleine Teilchen kolloidgelöste Stoffe (die hydrolytisch abgespaltenen freien Fettsäuren und die sauren fettsauren Salze) anziehen, und so den Schmutz von der Haut abheben. Die feste Seife dringt als Kolloid in die kapillaren Räume der Haut ein und löst „wie ein Abziehbild" die Schmutzteilchen ab. Sehr verdünnte Seifenlösungen enthalten freies Alkali und saure Seife. In alkalischen Seifenlösungen ist die Seife als nicht hydrolysierter Elektrolyt vorhanden. Alle wäßrigen Seifenlösungen sind alkalisch. Die Waschkraft hängt aber nicht vom Alkali, sondern lediglich vom Kolloid ab.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Vergleichende Untersuchungen über den Desinfektionswert von Kresolseifenlösungen und wäßriger Kresollösungen, von Bruno Koch. (Zschr. f. Hyg., Bd. 94, H. 1, S. 82.) Die nach verschiedenen Methoden geprüfte Desinfektionswirkung der Kresolseifenlösungen und der wäßrigen Kresollösungen hat eine Verbesserung der Kresolwirkung durch Seife ergeben. G. Assmann-Kiel.

Die Kolloide in der Therapie (Les colloides en thérapeutique), von W. Kopaczewski. (Presse méd., 1921, Nr. 37.) Verf., der im Jahre 1911 das kolloide Kupfer zur Behandlung des Karzinoms in den Arzneischatz einführte, erhebt seine Stimme gegen die wahllose und wenig zielbewußte Weise, in der in den letzten Jahren Kolloidkörper der verschiedensten Art zur Anwendung kommen. In dieser Arbeit gibt er aber keinerlei Anweisungen für den therapeutischen Gebrauch derselben, sondern bespricht zusammenfassend ihre physikalischen Eigenschaften. Der Kolloidzustand nimmt als miszelläre Lösung eine Zwischenstellung zwischen der echten molekulären Lösung und der mechanischen Verteilung ein. Es scheint, daß alle bekannten Körper sich werden in den Kolloidzustand überführen lassen; Weimann hat bei annähernd 200 schon positive Resultate erzielt. Im weiteren bespricht K. die Unterschiede zwischen den Gel- und Solkolloiden, die namentlich sich durch den Grad der Viskosität unterscheiden; ferner die katalytische Wirkung der Kolloide, sowie die allen Solkolloiden eigene Brownsche Bewegung und das Verhalten dem elektrischen Strome gegenüber. Zum Kapitel kolloidale Dynamik übergehend, schildert K. die Vorgänge bei der Vereinigung von elektropositiven und elektronegativen Kolloiden, die Phänomene der Absorption und Adsorption (welche vielleicht auch auf elektrische Kräfte zurückzuführen ist), der Elektivität und der Ausflockung. Man bekommt damit eine Übersicht der wichtigsten Punkte der neueren Forschung auf dem Gebiete der Kolloidkörper. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Kolloidtherapie, von Friedrich Luithlen. (W. m. W., 1921, Nr. 37 u. 38, S. 1638.) Die bisher geübten Arten der Kolloidtherapie sind Aderlaß, Injektion von artfremden Serum, Pferdeserum, arteignem Serum, Eigenserum, Mischserum, Eigenserum mit Hammelserum im Verhältnis von 2:3, arteignem Blut, Eigenblut subkutan und intravenös, parenterale Zufuhr von Vakzine und Proteinkörpern. Sie führen zu einer Herabsetzung der Durchlässigkeit der Gefäße, zu einer Veränderung des Blutes, größtenteils auf Grund einer Reizung des Knochenmarkes und aus einer anregenden umstimmenden Wirkung auf den ganzen Organismus, die sich auf die Tätigkeit der Drüsen mit innerer Sektion erstreckt. Bei der Vakzine- und Proteinkörpertherapie entfaltet noch jede dieser Behandlungsarten andere, ihr eigentümliche Wirkungen im Organismus außer der allen gemeinsamen Eigenschaft als kolloider Komplex. G. Assmann-Kiel.

Über die moderne Reiztherapie, von Fr. Rolly, med. Poliklin. Leipzig. (M. m. W., 1921, Nr. 27, S. 835—838.) Die Proteinkörper bewirken eine Allgemeinreaktion und eine lokale Reaktion des krankhaften Gewebes. Um einen günstigen therapeutischen Effekt zu erzielen, muß man die Dosis der Einspritzung richtig bemessen. Ferner muß die Art des erkrankten Gewebes und Organes berücksichtigt werden. Hierzu bedürfen wir noch der Erfahrungen, genauen Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen. Der Zeitpunkt der Injektion ist für die Indikationsstellung von Wichtigkeit. Stärkere Reaktionen werden mit Milch, Ophthalmosan und Aolan als mit Kaseosan erzielt. Gute Erfolge bei chronischem Gelenkrheumatismus, Lymphdrüsentuberkulose, Gelenktuberkulose, Anämie, chronischem Ekzem, Pyodermie und Trichophytie. Kontraindiziert sind

Digitized by Google

die Injektionen bei Lungentuberkulose, akuten Infektionskrankheiten. Die Wirkung der Proteinkörper erklärt Verf. damit, daß sie den bereits normalerweise vorhanden Zerfall der Zellen des Organismus vermehren. Die vermehrte Menge der Zerfallsprodukte ruft dann die genannten Reaktionen hervor. F. Harry-Berlin.

Zur parenteralen Kaseintherapie, von L. Isaacson-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 45, S. 1359.) Die Kuhmilch ist in vieler Beziehung hinsichlich des therapeutischen Effektes dem Kaseosan überlegen. Bei akuten Prozessen werden steigende D[illegible]n erst intramuskulär, dann intravenös empfohlen, bei chronischen Prozessen mittelstarke Dosen, bis Herdreaktion erfolgt, dann fortgesetzt kleine Dosen. F. Harry-Berlin.

Die Erfolge der Terpentinbehandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von L. Isaacson-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 32, S. 966—967.) Die Verwendung von Terpentinpräparaten nach der Klingmüllerschen Vorschrift hat I. bewährt gefunden bei Furunkulose, impetiginösem Ekzem, Schweißdrüsenabszessen und namentlich bei d[illegible] tiefen Trichophytie, während bei der oberflächlichen Bartflechte das Terpentin wirkungslos war, wie auch bei Akne und bei Pruritus und Prurigo. Besonders gute Erfolge [illegible] nässenden Ekzemen, bei blennorrhoischer Epididymitis und Prostatitis. Bei letzt[illegible] muß allerdings nach Abklingen der akuten Erscheinungen die Massage einsetzen. Neben wirkungen, namentlich bei anämischen und neuropathischen Individuen, in Form von anhaltendem Kopfschmerz, Mattigkeit, lokalen Schmerzen und Lähmungsgefühl am injizierten Bein, sind allerdings nicht ausgeschlossen. Verf. pflegt zunächst an 5 aufeinanderfolgenden Tagen zu injizieren, macht dann eine Pause von 3—4 Tagen um wieder 5 Injektionen zu geben. Neben Terpentin (die Ampulle zu 0,025) verwendete er 20%iges Oleum terebinthinae in Dosen von 0,05—0,1. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über parenterale Kieselsäurezufuhr, von F. Zuckmayer-Hannover. (Ther. d. Gegenw., 1921, H. 10, S. 376) Versuche an Hunden und Kaninchen zeigten, daß beim Kaninchen erst wesentlich größere SiO_2-Gaben eine Reaktion veranlaßten. Der Mensch reagiert auf subkutane SiO_2-Injektionen gleichfalls mit Temperaturerhöhung, die mehrere Stunden anhält, und die von dem Dispersitätsgrade abhängig ist. Hierbei wird durch die verabreichte Menge kolloidaler Kieselsäurelösung mehr die Dauer als die Größe der Temperaturerhöhung beeinflußt. Die zu gebende Menge darf beim Menschen bei subkutaner bzw. intramuskulärer Verabreichung 5—10 mg SiO_2 nicht überschreiten, während peroral 200—400 mg gegeben werden können, die bis 70% in 24 Stunden wieder ausgeschieden werden. E. Langer-Berlin.

Über die Sterilisierbarkeit der Injektionsspritzen, von Hart-Berlin-Schöneberg. (M. Kl., 1921, Nr. 22.) Im allgemeinen ist es möglich, durch ein 10 Minuten fortgesetztes Auskochen eine infizierte Rekordspritze keimfrei zu machen. Bei länger gebrauchten Spritzen aber bilden sich namentlich an der Lötmasse, welche den Glaszylinder oben und unten umfaßt, oder zwischen ihr und dem Zylinder kleine Hohlräume, welche als Brutstätten für infektiöse Keime dienen können. Aus praktischen Versuchen mit Milzbrandbazillen und mit Streptokokken entnimmt H., daß die Gefahr einer Schädigung durchaus nicht so sehr weit abliegend ist. Jedenfalls gibt ein kürzeres Auskochen oder einfaches Aufbewahren in Alkohol keine Garantie für Keimfreiheit. In dieser Beziehung ist die Exaktaspritze (siehe Fischer, Eine verbesserte Rekordspritze, M. m. W., 1921, Nr. 18), bei welcher die Verlötung vermieden ist, entschieden vorzuziehen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Arzneiexantheme, gewerbliche Schädigungen, Dermatitisarten.

Zur Idiosynkrasie gegen Hühnerei, von B. N. Belaieff (B. kl. W., 1921, Nr. 47, S. 1388.) Verf. führt aus einer Familie mehrere Fälle von Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiß an, die dadurch noch besonders interessant sind, daß sie zu gleicher Zeit eine Neigung zu Dermatosen (Urtikaria, Ekzem) haben. Verf. glaubt, daß es sich hier um erblich disponierte Vagotoniker handle, bei denen das Hühnerei bzw. Eiweißprotein eine „crise vasculosanguine hémoclasique propre au choc protéique" auslöse, die in Blässe des Gesichts, migräneartigen Kopfschmerzen, Übelkeit, rauschähnlichen Erscheinungen bestehe, und durch eine toxische Anämie des Gehirns bedingt sei. E. Langer-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. März 1922 | Nr. 11 | Band 74

Aus der Universitäts-Hautklinik zu Freiburg i. Br. (Direktor: Prof. Dr. G. A. Rost).

Cutis gyrata der Stirn.

Von

Priv.-Doz. Dr. A. Stühmer, Oberarzt der Klinik.

Mit 1 Abbildung im Text.

Folgende Beobachtung sei kurz mitgeteilt:

Ein 19jähr. Schlosserssohn, der wegen einer frischen syphilitischen Erkrankung die Klinik aufsucht, fällt durch eine eigenartige Faltenbildung der Stirnhaut auf. Er gibt an, daß er vor 10 Jahren von einem Radfahrer mit großer Wucht angefahren wurde. Er stürzte kopfüber mit der Stirn auf die Straßenbahnschienen. Dabei erlitt er außer einer Gehirnerschütterung eine Platzwunde auf dem linken Scheitel, welche sofort im Krankenhaus vernäht wurde und sehr schnell heilte. Irgend welche dauernden Schädigungen hat er nicht davongetragen. Im Laufe der Jahre beobachtete er nun eine eigenartige Veränderung an der Haut der Stirn. Zuerst fiel es seinen Angehörigen auf, daß er stets einen sorgenvollen Gesichtsausdruck hatte. Allmählich wurde der Grund in einer stetig zunehmenden Faltenbildung der Stirnhaut erkannt, welche die Haut nach der Mitte zu in grobe Falten legte. Im Verlauf der 10 Jahre gesellte sich eine ähnliche Faltenbildung am Hinterkopf dazu. Schmerzen hat der Pat. davon nicht gehabt. Er hat verschiedentlich Ärzte zu Rate gezogen, die ihn aber immer unverrichteter Sache wieder gehen ließen. Die bei ihm bestehende starke Verdickung der Hände ist ihm nie besonders aufgefallen. Er habe von jeher große Hände gehabt.

Der Befund geht im wesentlichen aus der Abbildung hervor. Der sonst normal gebaute Pat. zeigt auf der Stirn eine grobe Faltenbildung der Haut. Genau in der Mittellinie verläuft senkrecht die tiefste Falte. Die Haut ist hier in der Tiefe der Furche geradezu gebrochen, so daß eine narbenähnlich verhärtete Stria sich beim Auseinanderziehen darbietet. Die Haut der Stirn ist seitlich dieser Mittelfalte in ein symmetrisches Faltensystem zusammengezogen, das zwar in einigen Teilen den mimischen Falten folgt, daneben aber, besonders in den äußeren Teilen, ganz ungewöhnliche Wulstungen hervorruft. Die Haut ist der Farbe und der Konsistenz nach unverändert. Wohl erscheinen nach Einwirkung von Kälte die Höhen der Falten etwas mehr gerötet, die Tiefen blässer. Nach Verstreichen der Falten bleibt aber eine gleichmäßig normal gefaltete Haut bestehen.

Digitized by Google

Wesentliche Konsistenzvermehrung der Falten gegenüber den Einsenkungen sind nicht zu fühlen. Tastet man die geglättete Haut mit geschlossenen Augen ab, so ist es nicht möglich, die Stellen der Einsenkungen von den Höhen zu trennen. Störungen der verschiedenen Qualitäten der Hautempfindung bestehen nicht. Die Muskulatur der Stirn ist frei beweglich, dabei legt sich die Haut z. T. in andere Falten. Die Haut des Schädels ist sonst normal. Am Scheitel findet sich keine Faltenbildung. Die von der früheren Verletzung herrührende Narbe der linken Scheitelgegend ist weich und gut verschieblich. Am Hinterkopf dagegen zieht von einem Proc. mastoideus zum anderen gerade über die Protuberantia occipitalis hinweg eine derbe Hautfalte, welcher nach oben und unten je eine kleinere sich anschließt. Diese kleineren Falten umgreifen nicht wie die Hauptfalte das Hinterhaupt ganz, sondern zeigen sich nur rechts und links der Mitte in etwa 5 cm Ausdehnung.

Die Hände des Pat. sind stark verdickt, die Endglieder kolbenförmig angeschwollen. Die Hände übertreffen diejenigen gleicher Größe um etwa die Hälfte an Volumen der Finger. Sonst sind bei dem Pat. Anzeichen einer Akromegalie nicht nachzuweisen.

Die Pathogenese dieses eigenartigen Krankheitsprozesses soll hier nicht näher erörtert werden, da erst vor kurzem in einer Dissertation aus unserer Klinik [1]) genauer darauf eingegangen worden ist. Lediglich der merkwürdige Sitz und die Tatsache, daß möglicherweise in diesem Falle das Trauma herangezogen werden könnte, veranlaßt uns, diesen Fall der Kasuistik hinzuzufügen.

Aus der dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses zu Danzig (Oberarzt: Dr. Nast).

Untersuchungen über den Bilirubingehalt des Blutserums bei Salvarsan-Quecksilberkur.

Von

Dr. Paul Schneider, Volontärarzt.

(Schluß.)

Bei 25 Patienten zeigte der Bilirubingehalt des Blutserums demnach nicht höhere Werte, als sie die an Gonorrhoe Erkrankten aufgewiesen hatten. Bei 3 Patienten (1 mit Ikterus) ging die anfänglich erhöhte Gallenfarbstoffmenge schnell auf normale Werte zurück. Bei 14 weiteren Fällen sind wesentliche Veränderungen, soweit sich nach 1—4 Stichproben während oder gegen Ende der Kur vermuten läßt, zum mindesten nicht wahrscheinlich. Bei mehreren Patienten betrug die Differenz zwischen höchstem und tiefstem Wert 0,5—0,95 B.E. Man könnte dies einerseits auf die Fehlerquellen schieben, es könnten andererseits auch physiologische Schwankungen sein. Da aber in einer Reihe von Fällen, namentlich bei Wiederholungskuren derartige Differenzen nicht beobachtet wurden, möchte ich eine Mitwirkung der Lues und Salvarsan-Quecksilberkuren nicht für ganz ausgeschlossen halten. Der Bilirubingehalt bleibt jedoch stets innerhalb der bei Gonorrhoischen gefundenen Grenzen und überschreitet selbst den v. d. Bergh für Gesunde gefundenen Grenzwerte von 1 : 250000 bei einer Anzahl von Patienten nicht. Demnach erscheinen jene erwähnten

[1]) Droll, Über Cutis verticis gyrata. Diss., Freiburg 1921.

Digitized by Google

Schwankungen wenig bedeutungsvoll, und ich möchte doch zusammenfassend behaupten: Die Salvarsan-Quecksilberkur läßt sich in einer ganzen Reihe von Fällen durchführen, ohne daß es zu größeren Schwankungen im Bilirubingehalte des Blutserums kommt, oder daß dieser zu einer pathologisch zu nennenden Höhe ansteigt.

Ähnlich haben die Bilirubinbestimmungen von WECHSELMANN und HOHORST (15) mit der Methode von MEULENGRACHT vor und nach der Salvarsankur ergeben, „daß das Salvarsan auf die gesunde Leber nicht toxisch wirkt, da sich auf die physiologische Bilirubinämie ein Einfluß nicht nachweisen läßt". Auch die Funktionsprüfung der Leber durch Bestimmung der alimentären Hyperglykämie vor und nach der Kur ergab in den von TACHAU (13) untersuchten Fällen unter normalen Verhältnissen keinen Anhalt für eine Leberschädigung.

Wenn es also zu einer wesentlichen Erhöhung der Bilirubinkonzentration im Blutserum kommt, wird man demnach annehmen müssen, daß entweder andere Ursachen hierfür vorhanden sind, oder daß besondere Verhältnisse vorliegen, unter denen die Salvarsan-Quecksilberkur derartige Wirkungen entfalten kann.

Bei 10 Patienten zeigte sich der Gallenfarbstoffgehalt zum Teil erheblich erhöht. Diese lassen sich den früher erwähnten statistisch nicht gegenüberstellen, da die einen durch irgend welche Besonderheiten aufgefallen waren, die anderen aus einer weit größeren Anzahl von untersuchten Patienten ausgewählt wurden, um wegen ihrer Eigenart verfolgt zu werden.

Es gelangten 2 Fälle von Salvarsandermatitis zur Beobachtung.

Fall 83. Die Pat. erhielt wegen Lues latens während einer Schmierkur von 140 g in 35 Tagen 6 Infusionen von Altsalvarsan, danach wurden ambulant 3 Spritzen Salvarsan-Sublimat gegeben. 8 Tage später bemerkte Pat. starkes Jucken und Abschilferung der Haut am ganzen Körper. Es kam zu einer ausgedehnten Dermatitis, die mit Haarausfall verbunden am Kopf und Hals äußerst hartnäckig war. Als die Erkrankung im Abklingen war, begannen die Bilirubinuntersuchungen und ergaben am 21 X. 1921 0,6 und am 18. XI. 1921 0,75 B.E. Bald danach kam es zu einem starken Ikterus (30. XI. 1921 8,9 und am 7. XII. 1921 9.8 B.E. mit stark positiver, nicht verzögerter direkter Reaktion). Die Leber war etwas vergrößert, aber nicht wesentlich schmerzhaft. Der Ikterus ging allmählich unter Ungt. cin. zurück. Während dieser Zeit war die WR zweimal schwach positiv, SGR war negativ.

Fall 82, Lues II. Nach 2,2 g Salvarsan in 7 Infusionen und einer Schmierkur von 160 g in 32 Tagen kam es zu einem Exanthem am ganzen Körper, das anfangs als Quecksilberexanthem imponierte. Später stieß sich unter dauernd erhöhter Temperatur die oberflächliche Epidermis in großen Lamellen ab (Arsen-Hg-Dermatitis). Eine weitere Komplikation bildeten ausgedehnte Furunkel. Der Gallenfarbstoff des Serums war, als die Erscheinungen schon im Abklingen waren, am 17. X. 1921 2.65 B.E. mit positiver, nicht verzögerter direkter Reaktion, am 18. X. 1921 1.9 B.E., am 28. X. 1921 0,6 B.E., am 18. XI. 1921 0,65 B.E. und am 15. XII. 1921 0,6 B.E. In beiden Fällen möchte ich immerhin die Erhöhung des Bilirubingehaltes, da Salvarsan und Quecksilber schon andere toxische Erscheinungen gemacht hatten, auf eine toxische Ursache zurückführen, ohne daß sich eine Mitwirkung der Lues ganz ausschließen ließe.

Einen hohen Gallenfarbstoffgehalt von 2,1, der nach der zweiten Salvarsaninfusion auf 2,6 stieg, um dann auf 1,4 und 0,95 B.E. zurückzugehen, zeigte ein Lette, der vor 9 Monaten in Riga eine antisyphilitische Kur durchgemacht haben wollte. Jetzt WR ++++, SGR ++++, sonst keine Erscheinungen. Er verließ vorzeitig das Krankenhaus (Fall Nr 81).

Etwas vermehrt war die Bilirubinmenge bei einem Fall von Tabes incipiens am 15. X. 1,5, am 29. X. 1921 2,4 B.E., und bei einem Pat. mit beginnender Paralyse 1,8 und 1,9 B.E. während einer Schmierkur.

Digitized by Google

Eigenartig war folgender Fall:

Nr. 79, Hermann E., 43 Jahre, Lues congenita. Die Lumbalpunktion am 15. VIII. 1921 hatte ergeben: Pandy positiv, Phase I kaum opal, Zellzahl 4/3. Die WR im Blut war jetzt dreimal hintereinander negativ. Jetzt Wiederholungkur:

Datum	Salvarsan	Sublimat	Bilirubin
3. XI. 1921	0.45 Neosalv.	0.04	3,05
17. XI.	0,6 „	0,04	
21. XI.	0.6 „	0,04	4,3
25. XI.	0,6 „	0.04	3,8
29. XI.	0.6 „	0,04	4,4
4. XII.	0,6 „	0,04	
10. XII.	0.6 „	0,04	
17. XII.	0,6 „	0,04	3,5
24. XII.	0,6 „	0,04	
5. I. 1922			3,8

Pat. kam mit stark erhöhtem Bilirubingehalt im Serum zur Aufnahme. Während der Kur nahm dieser zu, so daß es zu deutlich sichtbarem Ikterus kam. Zum Vergleich sei erwähnt, daß bei zwei Kindern mit Lues congenita die Bilirubinmenge nur Werte von 0,4 und 0,5 aufwies.

Eine besondere Gruppe bilden die 5 folgenden Fälle.

Fall Nr. 91, Robert L., 58 Jahre. Lues II, nässende Papeln am Skrotum und Anus. Spirochäte pallida +. Bisher keine Kur. Im Blut WR +++, SGR ++/+++.

Die Lumbalpunktion ergab: Pandy +, Phase I schwach opal, Zellzahl 1/3, WR 0,2 ++/+++, 0,6 ++/+++, 1,0 +++.

Datum	Schmierkur	Salvarsan	Bilirubin
4. XI.	6 g		0,5
8. XI.	30 „		0,8
16. XI.	78 „	0,2 Salvarsan	
20. XI.	102 „	0.3 „	1,0
24. XI.	126 „	0,4 „	0.9
28. XI.	150 „	0,4 „	1,75
2. XII.	174 „	0,4 „	
7. XII.	204 „	0,4 „	1,55
13. XII.	240 „	0,4 „	1,9
27. XII.		0,4 „	1,0

Der Bilirubingehalt stieg also vorübergehend von 0,5 auf 1,9 B.E.

Fall 88, Paul L., 30 Jahre. 1917 Lues II. Schmierkur von 8 Wochen, 8 Spritzen Salvarsan. 1919 will Pat. 12 Spritzen Quecksilber intramuskulär und 5 Spritzen Neosalvarsan erhalten haben. Seit einiger Zeit leidet er angeblich viel an Kopfschmerzen und Haarausfall.

Die Lumbalpunktion am 21. XI. 1921 ergab: Pandy ±, Phase I kaum opal, Zellzahl 2/3, WR 0,2 +, 0,6 +, 1,0 +.

Datum	WR	SGR	Schmierkur	Salvarsan	Bilirubin
10. XI.	+++	+			1,4
17. XI.			6 g		
29. XI.			78 „	0,2 Salvarsan	1,15
3. XII.	+++	+++	92 „	0,3 „	1,35
7. XII.			126 „	0,4 „	2,2
15. XII.			174 „	0,4 „	2,4
20. XII.			204 „	0,4 „	2,4
26. XII.			240 „	0,4 „	
27. XII.					2,5
21. XII.					2,6

Der Bilirubingehalt stieg von 1,15 auf 2,6 B.E.

Digitized by Google

Fall Nr. 90, Ida Sch., 23 Jahre. Pat. erhielt im April und Mai 1920 wegen Lues II (WR ++) 7 Spritzen Salvarsan-Sublimat. Inzwischen keine Kur. Jetzt Inguinaldrüsen flach, hart, indolent, sonst keine Erscheinungen.

Die Lumbalpunktion ergab: Pandy ++, Phase I opal, Zellzahl 125/3, WR 0,2 +/++, 0,6 ++, 1,0 ++.

Datum	WR	SGR	Schmierkur	Sublimat	Salvarsan	Bilirubin
6. X.		+++	5 g			
15. X.	+++	+++	50 „		0.2 Salvarsan	
19. X.	+++	+++	70 „		0,2 „	1,15
24. X.	+++	+++	95 „		0.2 „	
29. X.			120 „		0.3 „	
3. XI.	++	+/++	145 „		0,3 „	0,75
8. XI.	+++	++	170 „		0,4 „	0,7
12. XI.			190 „			
14. XI.	++	++/+++		0,04	0.6 Neosalv.	1,15
21. XI.	+++	±		0.04	0.6 „	1.5
28. XI.	++	+++		0,04	0,6 „	1,3
5. XII.	+/++	+++		0,04	0,6 „	1.85
10. XII.						1,65

Der Bilirubingehalt stieg bis 1,85 B.E.

Fall 89, Gertrud W., 20 Jahre. Der Vater soll an „Leberkrebs" gestorben sein. Abblassendes makulöses Exanthem am Rumpf und an den Beugeseiten der Extremitäten. Kleine Labien ödematös, mit zehnpfennigstückgroßem Primäraffekt. Zervikal- und Kubitaldrüsen palpabel, Inguinaldrüsen flach, hart, indolent. Spirochaete pallida wird nachgewiesen.

Die Lumbalpunktion am 6. X. 1921 ergibt: Pandy +/++, Phase I leicht opal, Zellzahl 2,3, WR 0,2 —, 0,6 —, 1,0 +.

Datum	WR	SGR	Schmierkur	Sublimat	Salvarsan	Bilirubin
20. IX.	+++		5 g			
1. X.			60 „		0,2 Salvarsan	
5. X.			80 „		0.3 „	
11. X.	+++	++	110 „		0.3 „	
15. X.	+++	+++	130 „		0,3 „	0,95
20. X.	+++	++/+++	155 „		0,4 „	1,55
25 X.	+++	++	175 „		0,4 „	
31. X.	++	+/++		0,04	0.6 Neosalv.	
7. XI.	++	+/++		0,04	0,6 „	
14. XI.	—	+		0,04	0,6 „	1,55
21. XI.	—	—		0,04	0,6 „	2.05
3. XII.						1,35
9. XII.						2,15

Der Bilirubingehalt war während der Kur bis auf 2,05 gestiegen und betrug noch 18 Tage nach der letzten Injektion 2,15 B.E.

Fall Nr. 78, Agathe F., 22 Jahre. Diagnose Lues II. An der Portio findet sich eine zehnpfennigstückgroße Erosion, in der Spirochaete pallida nachgewiesen wird.

Die Lumbalpunktion am 3. X. 1921 ergibt: Pandy +, Phase I opal, Zellzahl 0/3, WR 0,2 —, 0,6 +, 1,0 +.

Digitized by Google

Datum	WR	SGR	Schmierkur	Sublimat	Salvarsan	Bilirubin
28. IX.	+++	+				
1. X.			5 g			
11. X.	+++	+	50 „		0,2 Salvarsan	
15. X.	+++	++	75 „		0.2 „	2,1
19. X.		++	95 „		0,3 „	
24. X.	++/+++	++	125 „		0,3 „	
29. X.	++/+++		145 „		0.4 „	
4. XI.	+++	+/++	175 „		0,3 „	1,45
10. XI.	—	+		0.04	0.6 Neosalv.	
17. XI.				0,04	0,6 „	1.55
18. XI.						3,4
19. XI.						3,4
22. XI.						2.1
26. XI.	+++	—			0,3 „	1,45
28. XI.			Novasurol			2,3
3. XII.	+	—			0,3 „	
5. XII.			Novasurol			2,4

Am 17. XI. traten nach der Salvarsaninjektion Erbrechen und starke Kopfschmerzen auf. Die Temperatur stieg abends bis auf 39° C; in den nächsten Tagen keine Temperatursteigerung mehr.

Bei allen diesen Fällen, namentlich bei dem letzten, zeigt die Bilirubinkonzentration im Blutserum während der Salvarsan-Quecksilberkur eine zum Teil beträchtliche Erhöhung. Man wird darin kaum eine physiologische Bilirubinämie sehen können, da 4 Fälle zeitweise noch fast normalen Gallenfarkstoffgehalt aufgewiesen hatten. In 1 Falle stieg die Bilirubinmenge unter starken Kopfschmerzen und Temperatursteigerung bis 3,4. Dies weist mit ziemlicher Sicherheit darauf hin, daß irgend eine Störung vorgelegen haben muß. Bei diesen 5 Fällen handelt es sich um eine Lues, deren Infektion schon längere Zeit zurückliegt, und die in 3 Fällen schon behandelt worden ist, bei allen finden sich in höherem oder geringerem Grade Veränderungen des Liquors. Unter den anfangs aufgeführten Fällen, die während der Salvarsan-Quecksilberkur keine Vermehrung der Gallenfarbstoffmenge ergeben hatten, befanden sich, wie kurz erwähnt, auch solche, die schon vor längerer Zeit infiziert oder behandelt worden waren bzw. Erscheinungen von seiten des Liquors gezeigt hatten. Diesen gegenüber müssen bei den zuletzt erwähnten Patienten mit Vermehrung oder Ansteigen des Bilirubingehaltes während der Behandlung irgend welche besondere Verhältnisse vorgelegen haben, unter denen die Kur derartige Folgen haben konnte. Der Unterschied besteht, wie ich vermute, darin, daß bei diesen 5 Fällen, ähnlich wie der Liquor durch die Lues beeinflußt war, luische Erscheinungen in der Leber bestanden haben, die zu geringfügig waren, um erkannt werden zu können. Auf diese hat das Salvarsan im Sinne einer „Provokation“ gewirkt, so daß die Konzentration des Gallenfarbstoffes im Blutserum zunahm. Es ist aber verfrüht, aus der Untersuchung einer noch recht ungeklärten Teilfunktion der Leber bei der geringen Anzahl solcher Fälle weitgehende Schlüsse ziehen zu wollen. Dies müßten andere Experimente mit Heranziehung der Methoden zur Funktionsprüfung der Leber ergeben.

Digitized by Google

Zusammenfassend möchte ich wiederholen:

1. Die Salvarsan-Quecksilberkur läßt sich in einer ganzen Reihe von Fällen durchführen, ohne daß es zu größeren Schwankungen in der Bilirubinkonzentration des Blutserums kommt, oder daß diese zu einer pathologisch zu nennenden Höhe ansteigt. Auffallend war, daß nach intensiver erster Kur bei rechtzeitiger Wiederholungskur nach der hiesigen Methode der Gallenfarbstoffgehalt während dieser ziemlich gering und sehr konstant blieb. In 3 Fällen nahm die anfangs erhöhte Bilirubinmenge während der Behandlung schnell ab.

2. Die Vermehrung des Gallenfarbstoffes bei zwei Patientinnen mit Salvarsandermatitis ließ immerhin an eine toxische Wirkung der Salvarsan-Quecksilberkur denken, ohne daß sich eine Mitwirkung des Lues ganz ausschließen ließe.

3. Die zum Teil beträchtliche Erhöhung des Bilirubingehaltes bei 5 Fällen, die in höherem oder geringerem Grade Veränderungen des Liquors, Liquorlues, aufwiesen, ließ vermuten, daß auch in der Leber irgend welche luische Erscheinungen bestanden haben, auf die das Salvarsan im Sinne einer „Provokation" gewirkt hat.

Literatur.

1. Bauer u. Spiegel: Über das Bilirubin im Blute und seine pharmakologische Beeinflußbarkeit. D. Arch. f. kl. Med., 1919, Bd. 129. — 2. R. Botzian: Beiträge zum Bilirubingehalt des menschlichen Serums bei Gesunden und Kranken. Mitt. Grenzgeb., 1920, Bd. 32. — 3. Feigl u. Querner: Bilirubinämie. Zschr. f. d. ges. exper. Med., 1919, Bd. 9. — 4. G. Haselhorst: Eine neue quantitative Bestimmungsmethode von Bilirubin im Blutserum. M. m. W., 1921, Nr. 6, S. 174. — 5. K. Hellmuth: Untersuchungen über Bilirubinämie in der Gravidität und bei Eklampsie, mit allgemein kritischen Bemerkungen über die Genauigkeit von Bilirubinbestimmungen mit dem Autenrieth-schen Kolorimeter. B. kl. W., 1921, Nr. 25, S. 670. — 6. Hijmans v. d. Bergh: Über anhepatische Gallenfarbstoffbildung. B. kl. W., 1915, Nr. 42. — 7. Hijmans v. d. Bergh u. Müller: Über eine direkte und eine indirekte Diazoreaktion auf Bilirubin. Biochem. Zschr., 1916, Bd. 77. — 8. Hijmans v. d. Bergh u. J. Snapper: Die Farbstoffe des Blutserums. D. Arch. f. kl. Med., Bd. 110, S. 540. — 9. Hijmans v. d. Bergh: Der Gallenfarbstoff im Blute. Leyden u. Leipzig 1918. — 10. G. Lepehne: Untersuchungen über Gallenfarbstoff im Blutserum des Menschen. D. Arch. f. kl. Med., Bd. 132, S. 96. — 11. E. Meulengracht: Die klinische Bedeutung der Untersuchung auf Gallenfarbstoff im Blutserum. D. Arch. f. kl. Med., Bd. 132, S. 285. — 12. E. Meulengracht: Ein Bilirubinkolorimeter behufs klinischer Bestimmung der Bilirubinmenge im Blute. D. Arch. f. kl. Med., Bd. 137, S. 35. — 13. P. Tachau: Untersuchungen über die Funktion der Leber bei Lues, unter besonderer Berücksichtigung des Icterus syphiliticus praecox und der Leberstörungen durch Salvarsan. Derm. Zschr., 1921, Bd. 5/6, S. 305. — 14. J. S. Thannhauser u. E. Andersen: Methodik der quantitativen Bilirubinbestimmung im menschlichen Serum. D. Arch. f kl. Med., Bd. 137, S. 179. — 15. Wechselmann u. W. Hohorst: Über den Einfluß der Salvarsanbehandlung auf den Bilirubingehalt des Blutserums. Arch. f. Derm., Bd. 136, H. 2, S. 285.

Digitized by Google

Bemerkungen zur Arbeit von H. Gaertner[1]): Erfahrungen über Mirion.

Von

Prof. J. Kyrle in Wien.

In der erwähnten Arbeit finden sich einige Angaben, die, würden sie unwidersprochen bleiben, bewirken könnten, daß völlig falsche Vorstellungen hinsichtlich dessen Boden gewinnen, was meiner Meinung nach das Wesentliche der Miriontherapie darstellt. Gaertner schreibt: „Die Autoren (Kyrle und Planner) halten das Mittel für ein Spezifikum gegen Syphilis, ähnlich dem Salvarsan" — diese Behauptung ist durchaus irrtümlich; an keiner Stelle unserer vorläufigen Mitteilung haben Planner und ich Derartiges gesagt; im Gegenteil, wir haben von vornherein die kombinierte Mirion-Salvarsan-Therapie empfohlen, und zwar mit der Begründung, „daß das Präparat nicht so sehr bakterizid wirken, als den Boden für das spezifisch eingestellte Salvarsan entsprechend präparieren solle". Daraus geht wohl eindeutig hervor, daß wir das Mirion in seiner Wirkung niemals als dem Salvarsan ähnlich angesehen haben und daher auch niemals der Meinung sein konnten, daß es etwa „einen Vergleich mit unseren wirksamen Hg-Präparaten oder gar dem Salvarsan als Therapeutikum standhalten könne". Daß Gaertner bei seinen Studien unter anderem auch zu diesem, im zuletzt zitierten Satz zusammengefaßten Resultat kommen mußte, hat für uns nichts Überraschendes an sich, da wir ja schon in unserem Vortrage festgestellt haben, daß „das Benkösche Präparat auf syphilitische Produkte natürlich nicht so prompt wirkt wie Salvarsan, was, von vornherein nicht erwartet, kaum wundernehmen kann". Daß wir seiner Zeit einige Fälle mit Mirion allein behandelten, hatte den Zweck „die Wirkung des Mirions auf syphilitische Infiltrate festzustellen". Wir fanden hierbei, daß Jod von demselben im reichlichen Maße gespeichert wird und bezogen die Tatsache der allmählichen Rückbildung luischer Produkte auf diesen Umstand. So erklärten wir uns auch das allmähliche Schwinden der Parasiten; daß das Mittel spirillozide Wirkung besitze, haben wir niemals geglaubt, vielmehr stets nur eine indirekte Beeinflussung der Parasiten via Änderung am Infiltrationsherd angenommen. Gegen den Satz Gaertners, „daß eine Heilung der syphilitischen Erscheinungen durch Mirion allein unwahrscheinlich sei", haben wir demnach nichts einzuwenden, von Planner und mir wurde solches niemals behauptet, und wir können daher die diesbezüglichen Studien Gaertners nicht als Nachprüfung unserer Untersuchungen, noch weniger als ablehnende Kritik derselben ansehen.

Soweit sich der Autor an unsere Angaben gehalten und das Mirion hinsichtlich jener Eigenschaften, die von uns als das Wesentliche bezeichnet worden sind, nachgeprüft hat, kommt er ja zu denselben Be-

[1]) Derm. W., 1922, Nr. 1.

Digitized by Google

funden wie wir. Auch er hält das Mirion für ein Provokationsmittel, „das anscheinend in höherem Masse als unsere bekannten Antiluetika die Fähigkeit besitzt, latente Herde zu mobilisieren und die WR zum Vorschein zu bringen". Die Schlüsse, welche GAERTNER daraus hinsichtlich des Anwendungsgebietes des Mittels zieht, scheinen mir allerdings nicht erschöpfend zu sein. Unserer Meinung nach liegt in den provokatorischen Fähigkeiten des Mirions viel mehr, als GAERTNER anzunehmen geneigt ist, — nicht nur in diagnostischer, sondern vor allem in therapeutischer Hinsicht kann daraus, wie wir glauben, reicher Gewinn geschöpft werden. Seit Jahren damit beschäftigt festzustellen, wie im allgemeinen durch unspezifisch-therapeutische Maßnahmen der Effekt spezifischer (Salvarsan-)Kuren erhöht werden kann, haben wir in dem Mirion ein Mittel erkannt, das allen Forderungen, die wir an ein „Reiz"-Mittel stellen, entspricht. Wer „spezifische" mit „Reiz"-Therapie kombinieren will, dem wird das Mirion Mannigfaches zu bieten vermögen — auf Einzelheiten soll hier nicht eingegangen werden, ich verweise diesbezüglich auf eine in der dermatologischen Zeitschrift demnächst erscheinende Arbeit „Die Bedeutung des unspezifischen Heilfaktors in der Syphilistherapie". Ausdrücklich betonen möchte ich nur noch, daß jeder, der an die Prüfung der Leistungsfähigkeit des Mirions so herantritt, wie etwa an die irgend eines Hg-Präparates, zu irrtümlichen Schlüssen kommen wird; das BENKÖsche Präparat läßt sich weder mit einer Hg-Verbindung noch weniger mit Salvarsan vergleichen, auch mit den Jodsalzen hat es nichts gemeinsam — es ist ein Körper für sich, der ganz besondere biologische Eigenschaften besitzt. Darin liegt ja auch der Grund, warum wir seiner Zeit von „neuen Wegen in der Syphilistherapie" gesprochen haben.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1921, Bd. 134.

Tierzeichnung, Menschenscheckung und Systematisation der Muttermäler, von MEIROWSKY-Köln und L. LEVEN-Elberfeld. S. 1—80. Eine Übereinstimmung zwischen Tierzeichnung, Menschenscheckung und Muttermälern weisen die Verff. an einem großen Material nach. Die Tierzeichnung ist ein normaler Vorgang, der auf Selektionsprozessen beruht. Die Nävi sind Anomalien, die als ein Rückschlag auf frühere Entwicklungsstufen aufzufassen sind. Am deutlichsten kommt dieses bei den systematisierten Nävi zum Vorschein. Tierzeichnung, Menschenscheckung, Muttermäler beruhen auf keimplasmatischer Anlage. Jede Stelle im Organismus, jede Stelle der Haut wie ganze Körperbezirke haben ihre keimplasmatische Anlage. Tritt eine Verwirrung innerhalb der letzteren ein (z. B. bei Inzucht), so entsteht abnorme Gewebsveränderung, welche sich z. B. in Form von Haar-, Drüsen- und Gefäßnävi dokumentiert.

Über „Brücken" und „fibromatoide" Bildungen in Skrofulodermnarben, von MARTIN FRIEDMANN-Mannheim. S. 80—92. Der Verf. hat an 20 Präparaten die histologischen Verhältnisse an den sogenannten „Brücken" und „Fibromatoiden" der Skrofulodermnarben studiert. Diese Gebilde unterscheiden sich in auffallender Weise von der Struktur der Narben. Während an letzteren die Haarfollikel und Schweißdrüsen fehlen und das elastische Gewebe nur wenig ausgebildet ist, besitzen die „Brücken" und „Fibromatoide" viele zusammengedrängte und erweiterte Follikel und Hautdrüsen; es besteht meist eine Akanthose der Epidermis und Wucherung der Retezapfen; das ela-

Digitized by Google

stische Gewebe ist reichlich vorhanden und es befindet sich meist im Stadium der Verknäuelung und Degeneration. Die beschriebenen Veränderungen weisen darauf hin, daß es sich um Reste normaler, nicht durch die Tuberkulose zerstörte Haut handelt. Gegen eine Neubildung spricht die Abwesenheit von vermehrten Bindegewebszellen. Auffallend ist das Vorhandensein von elastischen Fasern im Epithel und in den Blut- und Lymphgefäßen.

Die Beziehung zwischen kongenitalen Entwicklungsstörungen der Haut und Defekten des Intellekts und der Psyche, von H. Fischer, Univ.-Hautkl. Köln. S. 92–106. Die kongenitalen Mißbildungen der Haut beruhen auf keimplasmatischen Störungen, die innerhalb der Erbeinheiten des Keimplasmas auftreten (Meirowsky). Da das Nervensystem aus demselben Keimblatt, dem Ektoderm, wie die Haut entsteht, wäre es auch verständlich, wenn bei Störungen, die innerhalb der Erbeinheiten des gemeinsamen Keimplasmas entstehen, kongenitale Mißbildungen der Haut mit Entwicklungsanomalien am Zentralnervensystem auftreten würden. Eine Bestätigung dieser Vermutung findet sich überall, so bei der Recklinghausenschen Krankheit, die nicht selten mit angeborener geistiger Schwäche kombiniert ist. Noch ausgesprochener zeigt sich dieses Zusammentreffen bei der tuberösen Sklerose. Es finden sich bei ihr häufig Adenoma sebaceum (Pringle), Pigmentflecken, depigmentierte Stellen, behaarte warzenförmige Nävi, pendelnde Fibrome. Die psychischen Störungen äußern sich in angeborener geistiger Schwäche bis zur Idiotie und epileptischen Anfällen; pathologisch-anatomisch finden sich geschwulstmäßige Entwicklung der Neurogliaelemente. Das Zusammentreffen dieser organischen Hirnveränderungen bei der tuberösen Sklerose mit den auf keimplasmatischer Anlage beruhenden Hautanomalien, weist auf einen gleichen Ursprung hin. Derselbe beruht aller Wahrscheinlichkeit nach auf Störungen, die innerhalb der Erbeinheiten des gemeinsamen Ektoderms entstanden sind. Die Koinzidenz bei angeborenen Hautkrankheiten mit angeborener geistiger Störung finden sich relativ oft bei der Epidermolysis bullosa hereditaria, systematisierten verrukösen Nävi, Tierfellnävi, schwerer Ichthyosis.

Ein Fall von ulzeröser Hauterkrankung aus der Gruppe des Ecthyma gangraenosum (mit Pyozyaneusbefund), von Wilh. Frei und Kurt Wiener, Univ.-Hautkl. Breslau. S. 106—119. Beschreibung eines Falles von Ecthyma gangraenosum, der durch seine Besonderheiten von dem gewöhnlichen Bilde abweicht und vielleicht als eine Abart einer Pyozyaneus-Erkrankung zu deuten ist. Als Besonderheiten sind zu verzeichnen das relativ hohe Alter der Patientin von 54 Jahren, die gesunde Konstitution, der Ausgang in Heilung, das Fehlen von Fieber und Störungen des Allgemeinbefindens, die große Ausdehnung der Ulzerationen auf größere Hautgebiete. Aus geschlossenen Effloreszenzen fanden sich dreimal in Reinkulturen Pyozyaneus, die Pyozyaneusstämme wurden vom Patientenserum agglutiniert, die Prüfung des Patientenserums auf bakteriolytische Antikörper im Pfeifferschen Versuch ergab bei der mikroskopischen Untersuchung positiven Befund, die intrakutane Impfung bewies Antikörperbildung. Dagegen fanden sich in den geschlossenen Effloreszenzen auch andere Bakterienarten, und blieben die Kulturen einigemal steril. Histologisch fanden sich Abweichungen von den bisher beschriebenen Pyozyaneusfällen; so waren keine Nekrosen vorhanden, keine Bakterien, wohl aber Leukozyteninfiltrate. Aus dem klinisch-histologisch-biologischen Befunde ließ sich daher keine einwandfreie Zugehörigkeit zu den primären Pyozyaneuserkrankungen der Haut nachweisen. Es bleibt die Frage offen, ob der beschriebene Fall eventuell als eine Abart der Pyozyaneuserkrankung zu deuten wäre.

Zur Wirkung des Salvarsans auf die Spirochaeta pallida (Silbersalvarsan, Neosalvarsan), von Wilh. Frei, Univ.-Klin. Breslau. S. 119—147. Injektionen von Silbersalvarsan (Dosis 0,1—0,2) und Neosalvarsan (Dosis 0,1—0.25) verursachten eine Vermehrung von Spirochäten im Reizserum von syphilitischen Effloreszenzen der Primär- und Sekundärperiode. Die Vermehrung trat auf $1^1/_2$—6 Stunden nach der Injektion. Sie wurde unter 46 Fällen 38 mal beobachtet. Die Vermehrung ist nach Ansicht des Verf. als eine Folgerung der Salvarsanwirkung auf das Wachstum der Spirochäten aufzufassen, da neben der Vermehrung auch ein gehäuftes Auftreten von sehr langen Spirochätenformen zur Beobachtung gelangten.

Über Berufshypertrichose, von J. Csillag, Hautkr.-Abt. d. Ordin.-Anst. IX d. Arbeiterkrankenk. z. Budapest. S. 147—151. Krankheitsbericht von 5 Fällen einer einseitigen Schulterhypertrichose bei Arbeitern, die jahrelang in ihrem Beruf schwere Lasten auf derselben Schulterseite zu tragen hatten. Diese Berufshypertrichose fand der Verf. bei 8 Sackträgern an 5 Mühlen bestätigt. Die übrigen Sackträger dieser Mühlen hatten

Digitized by Google

eine ausgesprochene Hyperpigmentation an der durch die Arbeit mehr belasteten Schulter.

Ein Beitrag zur Kenntnis des Pseudoxanthoma elasticum (Darier), von Martin Friedmann, Dermat. Univ.-Klin. in Breslau. S. 151—160. Kurzer kritischer Bericht über die bisherigen Veröffentlichungen. Mitteilung eines typischen Falles, der sich durch den histologischen Befund einer Verkalkung der elastischen Fasern auszeichnet. Letzterer Befund ist nur im Fall v. Tannenhain erhoben worden, aber als nicht typisch für das Pseudoxanthoma elasticum angesehen worden. Die histologisch-pathologischen Beschreibungen der übrigen veröffentlichten Fälle lassen eine Verkalkung vermuten.

Ein Fall von Acrodermatitis chronica atrophicans mit Sarkombildung, von Joseph Klaar, Klinik Finger-Wien. S. 160—171. Der Fall zeigt viele Eigentümlichkeiten, so das Auftreten von Hautsarkomen; ein Befund, wie er noch nicht beschrieben ist. Die Sarkome bestanden aus Rundzellen, gingen von der Kutis aus und zeichneten sich durch eine übernormale Röntgenempfindlichkeit aus. Neben der diffusen Atrophie bestand unabhängig von ihr eine makulöse Atrophie. Die Fingernägel waren miterkrankt, eine tropho-neurotische Störung als Ursache dafür war auszuschließen; die Fußnägel waren, obgleich ausgedehnte Hautveränderungen an den unteren Extremitäten bestanden, normal. Einen auffallenden histologischen Befund zeigten einige „bohnengroße, derb elastische, in der Haut gelegene, livid verfärbte, gegen die Unterlage gut verschiebliche Tumoren". Während sie klinisch als Sarkomknoten gedeutet wurden, erwiesen sie sich in ihrem histologischen Befund dem Erythema induratum Bazin sehr ähnlich.

Latente Lues und Liquorveränderungen. — Untersuchungen an Prostituierten, von R. Brandt und Fr. Meas, Abt. f. geschlechtskr. Frauen d. Franz-Joseph-Spit. Wien. S. 171—219. Die Beziehungen zwischen Liquorveränderungen und latenter Lues werden an der Hand von 836 Fällen bei 1450 ausgeführten Punktionen allseitig betrachtet. Die Verff. sind so kritisch als möglich vorgegangen und wollen zu weiteren Statistiken anregen, um voreilige Beschlüsse zu vermeiden. Sie teilen auch einzelne interessante Krankengeschichten mit, die oft ein wertvolles Licht auf die interessierende Frage werfen. Trotz der vielen, aufs genaueste untersuchten Fälle, glauben die Verff., daß vorerst eine endgültige Stellungnahme zu den Liquorfragen einzunehmen nicht möglich ist. Es lassen sich in einem Referat nur einige wichtige Beziehungen erwähnen. Krankhafte Liquorveränderungen fanden sich in allen Stadien der Lues in ziemlich gleicher Prozentzahl. Erst mit dem Beginn des exanthematischen Stadiums erscheinen öfters positive Liquorbefunde. Während dieses Stadiums ist die Pleozytose charakteristisch für den krankhaften Liquor. Ist während des Exanthemstadiums der Liquor ganz normal, so wird er späterhin selten positiv, und wenn er es doch wird, dann meist bis $1^1/_2$ Jahr nach der Infektion. Ein positiver Liquor kann jahrelang ohne klinische Erscheinungen bestehen. Unter den positiven Liquores nehmen bei zunehmenden Alter die Zahl der klinisch feststellbaren Nervenläsionen zu. Metaluische Krankheitsbilder treten öfters als man gewöhnt ist zu beobachten auf. Unbehandelte Fälle ergeben keine geringere Prozentzahl von Metalues. Positive Liquors finden sich im exanthematischen Stadium ebensooft wie bei Lues lat. (28%). Bei Gummen wird öfters positiver Liquor gefunden. Häufige Haut- und Schleimhauterscheinungen schließen eine Metalues nicht aus. Beim bestehenden Leukoderm findet sich öfters positiver Liquor, während nach abgeklungenem Leukoderm der Liquor nicht öfters wie sonst positiv ist. Bei unbehandelter oder behandelter Lues, ob mit Hg allein, ob kombiniert mit Salvarsan, ob starke oder mangelnde Kuren (Reizdosen) angewandt wurden, war der Prozentsatz des positiven Liquors derselbe. Durch gründliche Kuren lassen sich positive Liquors oft beeinflussen, je älter die Fälle, desto schwerer. Ein negativ gewordener Liquor rezidiviert selten. Reagiert bei alter Lues der Serumwassermann gut auf die Therapie, so tut es meist auch der Liquor. Besteht gleichzeitig mit dem positiven Liquor auch ein Haut-Schleimhautrezidiv, so ist der therapeutische Effekt auf den Liquor meist ein guter. Um den Liquor negativ zu machen, muß die Therapie eine besonders energische sein, gewöhnliche Kuren können wohl Haut-Schleimhautrezidive beseitigen, wirken aber schädigend, in dem sie die Labilität des Liquors durch Ausschalten des Hautrezidivs herabsetzen.

Kombination von atypischer Ichthyosis und systematisiertem hyperkeratotischem Nävus, von Wilh. Frei, Univ.-Hautkl. zu Breslau. S. 219—225. Beschreibung eines Falles, der charakterisiert ist durch ein gleichzeitiges Bestehen eines systematischen Nävus mit einer diffusen Keratose. Klinisch und histologisch reiht sich der Fall unter einer Ichthyosis nitida ein. Da jedoch die Keratose schon seit der Geburt bestanden hat, läßt sie sich auch in die Gruppe der Erythrodermes congénitales ichthyosi-

Digitized by Google

formes einreihen. Histologisch zeigt der Nävus durch Fehlen des Keratohyalins und mangelnder Ausbildung der Talgdrüsen Ähnlichkeit mit der umgebenden ichthyotischen Haut; man muß sich seine Entstehung auf einer Haut mit ichthyotischer Veranlagung erklären.

Die Sedimentierungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen im Zitratblut, von Julius K. Mayr, Univ.-Klin. München. S. 225—232. Bei 87 Luesfällen aller Stadien ergab die Sedimentierungsgeschwindigkeit in 72% eine Beschleunigung. Bei über 100 verschiedenen Dermatosen war die Reaktion auch oft positiv. Die Reaktion ist unspezifisch und läßt sich klinisch-diagnostisch nicht verwerten.

Über einen Fall von bisher noch nicht beschriebener Parendomyzes-Erkrankung, die unter dem Bild der tiefen (Sycosis parasitaria) und oberflächlichen Trichophytie verlief, von M. Rischin, Dermat. Univ.-Klin. Bern. S. 232—243. Der Fall reagierte prompt auf innerliche Jodmedikation, während andere Behandlungsmethoden versagten. Die kulturelle Untersuchung ergab einen Pilz, der dem Parendomyzes Balzeri makroskopisch und mikroskopisch ähnelte, aber sich in seinem kulturellen Verhalten scharf vom Parendomyzes Balzeri trennen ließ. Der Verf. belegte ihn mit dem Namen „Parendomyces asteroides".

Die Goldsolreaktion, von Julius K. Mayr, Univ.-Klin. München. S. 243—251. Um einwandfreie, gleichmäßige Resultate mit Goldsolreaktion zu erzielen, ist bei der Herstellung der Goldlösung besonders acht zu geben auf die Menge des Reduktionsmittels, Art des Goldes, Temperatur und mechanische Insulte. Eine Vorschrift über die Herstellungsart des Reagens sowie über die Vornahme der Probe wird angeführt.

Lues und Karzinom, von Moses Barinbaum, Abt. Buschke, Virch.-Krankh. Berlin. S. 251—258. Beschreibung eines Falles, wo auf dem Boden einer tertiären Syphilis sich ein Stachelzellenkarzinom, kombiniert mit einem Basalzellenkarzinom, entwickelte. Kasuistik.

Die rhinoskleromatoide Form des Lupus vulgaris nasi, von H. Martenstein, Univ.-Klin. Breslau. S. 258—264. Zu den bisher in der Literatur bekannten 2 Fällen fügt der Verf. noch 7 der Breslauer Klinik hinzu. Die Affektion ist charakterisiert durch eine sehr harte tonnenförmige Auftreibung der Nase, auf deren äußerer Haut fast nie Lupusknötchen gefunden werden, während dagegen die Schleimhaut der vorderen Nase lupöse innere Struktur aufweist.

Nävus bei gleichzeitigem Vorhandensein von Störungen in der Skelettentwicklung, von Leven-Elberfeld. S. 264—268. Verf. veröffentlicht einen Fall von Naevus verrucosus der Kreuzbeingegend bei gleichzeitig bestehenden Spalten in der Region der Articulatio sacroiliaca und Verkrüppelung des Steißbeins. Verf. glaubt, auf Grund der keimplasmatischen Nävuslehre von Meirowsky, daß die Entstehung einer derartigen Mißbildung von Haut- und Skelettsystem durch eine Störung der Erbeinheiten bedingt ist.

Untersuchungen über den Einfluß von Salvarsan auf den Ablauf serologischer Reaktion, von Felke, Univ.-Klin. Rostock. S. 268—284. Durch geringe Salvarsanbeimischungen wird eine Blutgerinnung verzögert. Eine Salvarsanbeimischung kann zur Eigenhemmung oder zur Verstärkung einer schon bestehenden positiven WR führen. Bei der SGR kann es zur Eigenflockung kommen. Diese veränderten Reaktionen lassen sich alle durch eine Strukturveränderung der Serumglobuline erklären.

Über Liquoruntersuchungen bei Syphilis, von F. Schüber, Univ.-Hautklin. Freiburg i. Br. S. 284—309. Die von Rost in der Derm. Zschr., Bd. 23, H. 3—4, veröffentlichten Befunde von Liquorveränderung bei behandelter und unbehandelter Früh- und Spätsyphilis werden an der Hand eines größeren Materials ergänzt und bestätigt. Der Verf. weist besonders auf die Tatsache hin, daß positive WR im Liquor vorkommen kann, ohne daß klinisch eine organische Zentralnervenstörung nachweisbar ist, und daß bei klinisch-organischer Hirnstörung der Liquor desselben negativ sein kann. Ausgehend von diesen Befunden weist der Verf. auf die Unzulänglichkeit der Liquordiagnose hin und verlangt sorgfältige klinische Untersuchung von unbehandelter und behandelter Früh- und Spätlues. An eine prognostische Bedeutung der Lumbalpunktion glaubt der Verf. vorläufig nicht.

Fez und Favus bei den bosnischen Mohammedanern, von J. Csillag-Budapest. S. 309—314. Unter 189 Favuskranken fand der Verf. ein häufiges Befallensein der Erkrankung bei bosnischen Mohammedanern. Diese Erscheinung ist um so merkwürdiger, als die Mohammedaner nur $^1/_8$ der Bevölkerung ausmachen. Es erklärt sich dieser Befund ohne weiteres durch die rituellen Vorschriften bei den Mohammedanern, die ein

Digitized by Google

dauerndes Tragen des Fez vorschreiben. Es bietet sich dadurch dem Favuspilze ein günstiger Boden zur Entwicklung. Die schon von anderen Verfassern beobachtete Aussparung der Stirn-, Schläfen- und Nackenhaare findet ihre Erklärung in der Tatsache, daß der Fez diese Haarpartien meistens freiläßt.

Die Dermatoskopie. III. Mitteilung, von JOHANN SAPHIER, Univ.-Klin. München. S. 314—323. Die Dermatoskopie ermöglicht bei 60facher Vergrößerung und Benutzung starker Beleuchtung Einzelheiten festzustellen, die klinisch noch nicht in Erscheinung treten. Der Verf. berichtet unter Zuhilfenahme von farbigen Abbildungen über seine Befunde bei Hg-Schmierkuren, Lichen planus-Knötchen in verschiedenen Stadien und über differentialdiagnostische Merkmale zwischen Lupus erythematosus und Lupus vulgaris.

Skarlatiniformes Spättrichophytid nach Angina lacunaris, mit in Abheilung begriffenem Primärherd am Handgelenk, von NAEGELI-Bern. S. 323—328. Beschreibung eines Falles, bei dem nach zweimonatlichem Bestehen zweier Trichophytieherde auf Handdorsum und Unterarm sich ein scharlachähnliches Exanthem am Stamm und Ellenbeuge entwickelte. Der Höhepunkt des Exanthems war 1 Tag zu beobachten; in 4 Tagen blaßte es ganz ab. Weder mikroskopisch nach bakteriologisch waren Pilze nachzuweisen. Die Intradermoreaktion besonders mit Tr. gypseum, fiel stark positiv aus. Es bestand gleichzeitig eine Angina lacunaris mit regionärer Drüsenschwellung und eine leichte Bronchitis. Die Entstehung des Trichophytids läßt sich vielleicht dadurch erklären, daß ein Toxin aus der bakteriellen Infektion der Tonsillen die Rolle des Antigens auf die überempfindliche Haut gespielt hat. Andererseits wäre es möglich, daß die Angina nicht mehr nachweisbare Pilze mobilisiert hat, welche ihrerseits das Trichophytid hervorriefen.

Zur klinischen Bewertung der SACHS-GEORGI-Reaktion bei Syphilis, von O. GRÜTZ, Univ.-Klin. Kiel. S. 328—339. Durch den Mangel an Tiermaterial war die Kieler Klinik gezwungen, im Verlaufe von 4 Monaten die Vornahme der WR stark einzuschränken und sich mit der SGR in den meisten Fällen zu begnügen. Die SGR erwies sich als vollkommener Ersatz für die WR und die Resultate waren an 6000 Fällen durchaus befriedigend. In 87,9% fand sich eine Übereinstimmung mit der WR. Bei unbehandelter Lues I trat die SGR oft früher in Erscheinung. Bei behandelter Lues wurde sie nicht so rasch negativ wie die WR. Während im allgemeinen der SGR eine größere Beständigkeit und größere klinische Zuverlässigkeit zukommt, gab es auch Fälle, besonders bei Lues latens und in den Spätstadien der Lues, wo sie sich als unzuverlässig erwies. Gleich der Bewertung der WR ist auch sie immer nur mit Vorsicht zu verwerten. Die Kontrolluntersuchungen an 479 nicht luetischen Fällen ergaben fast durchweg Übereinstimmung mit der klinischen Diagnose. Eine 2. Ablesung der Resultate nach einem Verbleiben von 24 Stunden bei Zimmertemperatur ergab selten Abweichungen. Zu einem richtigen Funktionieren der SGR ist es von allergrößtem Werte, eine richtige Extraverdünnung herzustellen. Die Erfahrungen mit der SGR an Liquores ergaben keine befriedigende Resultate.

Untersuchungen über die Entstehung des Oberhautpigments und dessen Beziehung zur ADDISONschen Krankheit, von KARL HEUDORFER, Path. Inst. d. Univ. Köln. S. 339—361. Nach Ansicht des Verf. ist die Entstehung des Hautpigments dadurch zu erklären, daß das Epithel farblose Vorstufen produziert, welche durch Oxydation infolge ihrer Affinität zum Sauerstoff in Pigmentgranula umgewandelt werden. Er lehnt die von BLOCH, MIROWSKY und anderen vertretenen Theorien über Pigmentbildungen, die auf fermentativen Prozessen beruhen, auf Grund seiner Nachuntersuchungen und neu angestellten Versuchen ab. Auch die Braunfärbung bei Addison läßt sich durch die bisher aufgestellte Theorie nicht erklären, wahrscheinlich handelt es sich bei dieser Krankheit um eine vikarierende Tätigkeit der Haut an Stelle des Ausfalles der innersekretorischen Tätigkeit der Nebennieren. Die übermäßige Pigmentierung ist vielleicht nur eine Begleiterscheinung der Funktionssteigerung der Haut.

Die BOWENsche Krankheit, von MAX JESSNER, Univ.-Hautkl. Breslau. S. 361 bis 370. Zu den bisher veröffentlichten 9 Fällen von BOWENscher Krankheit fügt der Verf. 2 neue hinzu. Klinisch läßt sich die Krankheit schwer charakterisieren, da die mannigfachsten Hauterscheinungen vorkommen können. Man findet bei ihr rote schuppende Flecke, papulöse, krustöse, hyperkeratotische Herde, tumorartige oder flach infiltrierte epitheliomatöse Partien und oft eine Beteiligung der Drüsen. Die Dauer der Krankheit schwankt, sie kann 20 Jahre betragen; es finden sich nicht selten karzinomatöse Drüsenveränderungen. Histologisch bietet die BOWENsche Krankheit ein ganz charakteristisches Bild, deren Merkmale sind: „Das durcheinander gewürfelte, ungeordnete Epithel, zahl-

Digitized by Google

reiche Mitosen, das mehr intra- als interzelluläre Ödem, die Dyskeratose sowie vor allem das Auftreten von sehr großen Epithelzellen mit verklumpten, unregelmäßigen, fast stets von einer Vakuole umgebenen Riesenkernen und sehr große Nukleolen." Die Bowensche Krankheit ist zu den präepitheliomatösen Hauterkrankungen zu rechnen, es zeigt sich histologische Ähnlichkeit mit der Pagets-disease, doch ist nach Ansicht des Verf. bei letzteren das Epithel nicht so stark verbreitet und findet sich beim Paget nur vereinzelt verklumpt — oder fragmentiert-kernige Zellen.

Die Reinzüchtung des Bacillus crassus und die Frage der Nomenklatur des „Ulcus vulvae acutum", von B. Lipschütz. S. 370—374. Im Gegensatz zu Scherber, der zur Züchtung des Bacillus crassus eine anärobe Methode angegeben hat, betont der Verf., daß seine schon früher publizierte anärobe Züchtungsmethode vorzuziehen sei. Der von Scherber gewählte Namen „Scheidenbazillengeschwür" sei wissenschaftlich nicht gerechtfertigt und muß durch den vom Verf. früher vorgeschlagenen Namen „Ulcus vulvae acutum" ersetzt werden.

Über Lymphangitis prostato-iliaca, von Carl Cronquist-Malmö. S. 374—391. Der Verf. glaubt nicht an eine häufige blennorrhoische Erkrankung der Samenblasen. Er glaubt aus den Beschreibungen der bis jetzt veröffentlichten Fälle zu ersehen, daß es sich meist um keine Spermatozystitis gehandelt hat, da die Palpationsbefunde nur in den seltensten Fällen von einem Strang, der von der Mitte des oberen Umfangs der Prostata ausgeht, berichten; dagegen finden sich oft Berichte über einen glatten Strang, der von der Ecke der Prostata, der Vereinigung des oberen und seitlichen Umfangs der Drüse, ausgeht. Dieser Strang ist nach Ansicht des Verf. ein Lymphgefäß, welches sich zu den regionären Drüsengruppen der Art. il. externa und hypogastrica hinzieht. Anatomisch konnte er diese Vermutung bestätigen. Es handelt sich daher nach Ansicht des Verf. um eine Lymphangitis prostato-iliaca. Er hat letztere Erkrankung unter seinem Material 31 mal feststellen können, während er in den letzten 3 Jahren eine blennorrhoische Spermatozystitis nur 2 mal hat finden können.

Über Keratodermitis follicularis atrophicans, von Maximilian Strassberg, Path.-anat. Univ.-Inst. Wien. S. 391—407. Beschreibung eines Falles, der am Stamm unter dem ähnlichen Bilde einer Keratosis spinulosa und am Kopfe unter dem ähnlichen Bilde einer Keratosis pilaris verlief. In der englischen Literatur (Graham-Little, Dore, Beatty und Spears) sind 3 sehr ähnliche Fälle beschrieben worden. Die Krankheit betraf ältere Frauen, an deren Stamm sich juckende, hornstacheltragende Knötchen bildeten, welche am Kopfe zu einer narbigen Atrophie führten. Histologisch war eine perifollikuläre Entzündung sehr stark entwickelt, so daß dieser Prozeß als ein primärer anzusehen war, während die mäßige, follikuläre Hyperkeratose nur als sekundäre Ernährungsstörung zu verstehen war. Der Verf. faßt die englischen Fälle und seine unter dem Namen einer „Keratodermitis follicularis atrophicans" zusammen.

Drei Fälle von Hautentzündung, verursacht durch Oidien (Dermatitis pustulosa oidiomycetica), von F. Stähli, Derm. Klin. Zürich. S. 407—418. Mitteilung von 3 Fällen, deren gemeinsamer Krankheitsbefund in hochgradiger Dermatitis mit miliarer Pustelbildung bestand. Durch diesen klinischen Befund unterscheiden sich diese Fälle deutlich von den bisher beschriebenen trichophytoiden, ekzematoiden oder intertrigoartigen Soorerkrankungen. Es war der Unterschenkel zweimal, der Oberschenkel und die Genitalregion einmal befallen. Mikroskopisch und kulturell konnte die Anwesenheit eines Oidiums nachgewiesen werden. Durch Inokulation der Reinkulturen auf die gesunde Haut konnte das ursprüngliche Krankheitsbild hervorgerufen werden.

Beiträge zur Glykogenverteilung in der Haut unter normalen und pathologischen Zuständen, von Masar Sasakawa-Tokio, Path. Inst. Genf. S. 418—444. Der Verf. hat an 20 Präparaten von gesunder Haut und an 60 Präparaten bei verschiedenen Hautkrankheiten den Glykogengehalt untersucht. In der fötalen Epidermis findet man vom 7. Monat an kein Glykogen, während bis zum 6. Monat stets Glykogen nachweisbar ist. Im extrauterinen Leben findet man in der Epidermis bei Neugeborenen wie im Alter kein Glykogen. Positiv ist der Befund normalerweise in der äußeren Haarwurzelscheide, oft in den Schweißdrüsen. Bei entzündlichen Hautkrankheiten, die mit einer Epithelwucherung einhergehen (Trichophytia profunda, Psoriasis vulg., Tubercul. cutis verrucosa), findet man oft in den Epithelzellen Glykogen. Leukozyten in entzündlichen Herden weisen oft Glykogen auf. Der Glykogenbefund war stets positiv in der Epidermis bei fistulösen Krankheitsprozessen. Bei Ernährungsstörungen der Haut, die zum Gangrän geführt haben, findet man überhaupt kein Glykogen, während dasselbe bei noch nicht zum Gangrän fortgeschrittenen Ernährungsstörungen in der äußeren

Digitized by Google

Haarwurzelscheide und in den Schweißdrüsen vorhanden ist. Bei der durch Lymphstauung erzeugten elefantiastischen Haut findet man in den glatten Muskelfasern sowie im perivaskulären Bindegewebe Glykogen. Negativ ist der Befund bei Pigmentanomalien der Haut und bei der einfachen Hyperkeratose. Bei gutartigen Hautgeschwülsten und bei den Basalzellenkrebsen waren die Tumorzellen stets glykogenfrei. Die Tumorzellen von Sarkomen und Plattenepithelkrebsen enthielten stets Glykogen. In der Frage der Bedeutung der Glykogenablagerung schließt sich der Verf. der Ansicht Gierkes an, wonach man „meist im Glykogengehalt nur eine Phase des Stoffwechsels erblicken darf, wobei Kohlenhydrate entweder in vermehrter Weise aufgespeichert oder in verminderter Weise verarbeitet werden". Die übrigen Erklärungsversuche, wie Zellenaktivität oder Zelldegeneration, kommen nach Ansicht des Verf. nicht in Frage.

Über das Vorkommen von Fibrin in syphilitischen Prozessen, von Erich Urbach, Univ.-Hautklin. Breslau. S. 444—454. Das Fehlen einer zusammenfassenden Darstellung über das Vorkommen von Fibrin bei Hautsyphiliden veranlaßte den Verf., sämtliche Hautsyphilide daraufhin zu untersuchen. Er fand einen positiven Befund bei allen den Stadien, die mit einer stärkeren Exsudation einhergingen: bei der primären Syphilis in erodierten und exulzerierten Initialsklerosen, bei Lues II in kleinpapulösen und pustulösen Effloreszenzen, breiten Kondylomen, bei papulo-krusto-ulzerösen und pustulösen Formen, bei Lues III in tubero-krustösen und tubero-vegetierenden Syphiliden und bei gummösen Geschwüren.

Zur Klinik, Histologie und Ätiologie der sogenannten Epidermolysis bullosa traumatica (Bullosis mechanica), von Hermann Werner Siemens, Univ.-Hautklin. Breslau. S. 454—478. Der Verf. berichtet über einen charakteristischen Fall von dystrophischen Typus. Er lehnt die Bezeichnung „Epidermolysis" ab, da bei einem Teil der Fälle es sich nicht um eine Epidermolysis, sondern um eine Akantholysis bzw. Keratolysis handelt. Er schlägt den Namen Bullosis mechanica vor. Auf Grund klinischer Beobachtungen, histologischer Untersuchungen, in Berücksichtigung ätiologischer Gesichtspunkte, hält der Verf. es für möglich, zwei charakteristische Haupttypen aufzustellen. Er unterscheidet eine Bullosis mechanica dystrophica, die mit Narben einhergeht, und eine Bullosis mechanica simplex. Bei der ersten handelt es sich um eine Epidermolysis, und sie bezeichnet der Verf. daher auch als „profunda", die letztere ist meist durch eine Akantholysis charakterisiert, sie bezeichnet der Verf. daher auch als „superfizialis". Die Bullosis mechanica s. profunda beruht auf einer rezessiven pathologischen Erbanlage, er bezeichnet sie daher als „hereditaria recessiva". Die einfache Form tritt dagegen bei einem der Eltern und einem Teil der Kinder auf, sie beruht auf dominanter pathologischer Erbanlage, daher bezeichnet der Verf. diese Form auch als eine Bullosis mechanica hereditaria dominans. Der Verf. gibt zu, daß es auch Fälle gibt, die sich ätiologisch nicht unter diesem Gesichtspunkte einreihen lassen. Zu seiner Zusammenstellung der charakteristischen Typen hat der Verf. die bisher veröffentlichten Fälle herangezogen, über die er eine tabellarische Übersicht gibt.

Zur Kenntnis der Akrodermatitis chronica atrophicans, von Max Jessner, Derm. Univ.-Klin. Breslau. S. 478—488. Jessner beschreibt 4 Fälle. Der erste ist dadurch bemerkenswert, daß er infolge eines mechanischen Insultes entstanden ist und daher eventuell die Theorie Ehrmanns stützt, wodurch eine Verletzung der Haut mit darauffolgender Infektion der Lymphwege zur Entstehung der Krankheit gehört. Die histologische Untersuchung von in der Haut zerstreuten, auch sonst bei anderen Fällen vorkommenden gelblich-bräunlichen Knötchen ergab einen neuen Befund, welcher in einer Anhäufung von bröcklichen und scholligen Massen elastischen Gewebes bestand. Der 2. Fall war bemerkenswert durch eine Mitbeteiligung des Gesichts und der Kehlkopfschleimhaut. Letztere Lokalisation ist bisher unbekannt gewesen. Histologisch ließen sich in allen Lokalisationen (Arm, Gesicht, Kehlkopf) Riesenzellen und Kalkeinlagen nachweisen. Nur in einem Falle Attinger ist ein ähnlicher Befund erhoben worden. Auffallend war das Vorhandensein von Fettgeweben in den Schichten der Kutis. Die letzten 2 Fälle von Jessner waren bemerkenswert durch das Vorhandensein von subkutanen Knoten, deren genauere Untersuchung nicht vorliegt.

Die pflanzlichen Antisyphilitica, von Erich Thulcke, Pharm. Labor. von Prof. L. Lewin. S. 488—516. Der Verf. hat sich der Mühe unterzogen, sämtliche pflanzlichen Antisyphilitika, die zum großen Teile als Volksmittel große Verbreitung genießen, zusammenzustellen, ihre Bestandteile mitzuteilen und ihre Anwendungsart anzugeben. Literatur — alphabetisches Verzeichnis. E. Hornemann-Lüneburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Arzneiexantheme, gewerbliche Schädigungen, Dermatitisarten.

Protein-Empfindlichkeit mit besonderer Beziehung zu Asthma, Heufieber und Ekzem (Protein Sensitization with Spezial Reference to Bronchial Asthma, Hay Fever, and Eczema), von MAXIMILIAN A. RAMIREZ-New York. (New York m. J., 1921, Bd. 64, Nr. 6) Die Proteine können in den Körper eindringen durch Inhalation, Absorption, Infektion, Nahrungsaufnahme; die Proteine der Nahrung verursachen im allgemeinen Hautkrankheiten, besonders bei Kindern. Die Empfindlichkeit gegen das besondere Protein kann durch die intrakutane Impfung festgestellt werden. Auf diesem Nachweise beruht die spezifische Proteinbehandlung. Gerade die Verwendung der Nahrungsproteine ist bisher wenig befriedigend. E. Levin-Berlin.

Desensibilisierung gegen Protein vom Standpunkte des praktischen Arztes (Protein Desensitisation from the Point of View of the General Practitioner), von J. FRANCIS WARD-Brooklyn, N. Y. (New York m. J., 1921, Bd. 64, Nr. 6.) Bei verschiedenen Krankheiten gelingt es durch intrakutane Impfung Empfindlichkeit gegen bestimmte Proteine festzustellen und darauf einen Heilplan zu gründen. In einem Falle von hartnäckigem Ekzem fand sich positive Reaktion gegen Eierweiß und Kartoffeln; Eliminierung dieser aus der Nahrung erzielte völlige Heilung innerhalb einer Woche. E. Levin-Berlin.

Über tuberöses Jodexanthem, von WILHELM HÜLLEIN. (Diss. Bonn 1919.) Zwei Fälle. 59jähr. Holzhauer mit Pyodermie. Durch Jodkali wurde das Leiden mehrmals erheblich verschlimmert; es entstanden nicht nur Wucherungen auf den eitrigen Herden, sondern auch neue Blasen, Pusteln und Knoten und fungöse und zerfallende Granulome. Bei dem zweiten Fall, einem 38jähr. Eisenarbeiter, trat während der Behandlung eines Lupus vulgaris nasi et oris infolge Darreichung von Jodkali im Anschluß an eine Kauterisation ein tubero-ulzeröses Jodexanthem im Gesicht und an anderen Hautstellen auf, das nach Aussetzen des Mittels abheilte, während es vorher äußerlicher Therapie getrotzt hatte. F. Weiler-Leipzig.

Über Starkstromverletzungen, von BRUNO HEIN. (Diss. Greifswald 1920.) Krankengeschichten der 9 innerhalb der letzten 10 Jahre vorgekommenen Fälle in der Greifswalder chirurgischen Klinik. F. Weiler-Leipzig.

Die Toxinbehandlung der Dermatitis venenata (The Toxin Treatment of Dermatitis Venenata), von A. STRICKLER. (J. Am. m. Ass., 1921, Bd. 77, Nr. 12, S. 910 bis 913.) Bei der durch Giftefeu, Gifteiche oder Giftsumach hervorgerufenen Dermatitis venenata erwies sich die intramuskuläre Injektion eines aus Rhus toxicodendron gewonnenen Toxins als ohne lokale Behandlung sehr wirksam, wie auch häufig die orale Toxintherapie Erfolg bringt. Empfohlen wird daher die Kombination beider Methoden. E. Sklarz-Berlin.

Schwere Hautschädigungen durch Zyklondämpfe, von E. SELIGMANN-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 45, S. 1329.) Von 7 Desinfektoren, die mit Zyklondämpfen — Zyklon ist nach FLURY und HASE technischer Zyankohlensäureester und besitzt einen Gehalt von 10% des stark lokal reizenden Chlorsäureesters — zwecks Entwanzung eines Barackenlagers arbeiteten, erkrankten 2 mit z. T. erheblichen ekzematösen Erscheinungen, besonders am Hoden. Da alle unter den gleichen Bedingungen arbeiteten, ist es eigenartig, daß nur 2 erkrankten, obwohl sie keine konstitutionellen Eigenarten aufwiesen. Sollten des öfteren Zyklonschädigungen beobachtet werden, so wären schärfere Bedingungen für seinen Vertrieb notwendig, da es bisher nicht unter die Blausäureverordnung gehört. E. Langer-Berlin.

Chronische Arsenvergiftung (Chronic Arsenic Poisoning). von RALPH STOCKMAN-Glasgow. (Edinburgh J., 1921, Bd. 27, Nr. 1.) Die Frage der Toleranz und der Absorption fester und flüssiger Arsenverbindungen bedarf noch weiterer Klärung. Entwickeln sich auf der Haut Pigmentierungen oder Keratosen, so kann die Medikation fortgesetzt werden; geringe Pigmentierungen klären sich nach Aussetzen der Behandlung auf ohne üble Folgen zu hinterlassen. Tiefe Pigmentierungen können permanent bleiben, in einer geringen Zahl von Fällen scheint sich anscheinend im Anschluß an lokale Reizung Karzinom entwickelt zu haben. Bei den geringsten Erscheinungen von Neuritis sollte jedoch die Medikation möglichst schnell ausgesetzt werden; die Erscheinungen gehen nur langsam zurück, können stationär bleiben. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Über Schutzmaßregeln im Röntgenbetrieb, von A. Lorey-Hamburg. (M. m. W., 1921, Nr. 37, S. 1187.) Bei der heutigen Penetrationskraft der Röntgenstrahlen muß die schützende Bleischicht mindestens eine Dicke von 4 mm haben. Eine einfache Bleiwand bietet unzureichenden Schutz, da sie die Sekundärstrahlung außer acht läßt. Nachteile der bisherigen Schutzhäuser. Es ist gelungen, einen strahlensicheren Stoff herzustellen, der zugleich als Baustoff dient. Die Dicke von 6 cm entspricht der Schutzwirkung einer $6^1/_2$ mm Bleischicht. Schädigungen durch Hochspannungsanstrahlung wird vermieden, wenn statt umsponnener Drähte Metallrohre verwendet werden. Werden die stromerzeugenden Apparate aus dem Röntgenraum entfernt, so ist damit auch der schädigende Einfluß der nitrosen Gase und des Ozons beseitigt. Gute Ventilation ist selbstverständlich erforderlich. G. W. Unna-Hamburg.

Die Höhe der Röntgendosis vom biologischen Standpunkt, von G. Holzknecht-Wien. (M. m. W., 1921, Nr. 37, S. 1180.) Das Ziel der modernen Röntgenapparatenära war die Verabreichung einer einzeitigen Höchstdosis. Bewährt hat sich diese Methode jedoch nur beim Karzinom und den übrigen Tumoren. Für fast alle übrigen Krankheiten ist die Anwendung mittlerer und kleinerer Teildosen anzuraten. Und zwar: je schwerer die Affektion im allgemeinen und der Einzelfall im besonderen, um so kleiner sind die Dosen zu wählen. G. W. Unna-Hamberg.

Ein neues Prinzip der Homogenisierung der Strahlung radioaktiver Präparate, von B. Walter-Hamburg. (M. m. W., 1921, Nr. 31, S. 987.) Verf. empfiehlt bei Verwendung radioaktiver Präparate den Gebrauch einer Kapsel mit möglichst großem Volumen. Die nächstgelegenen Stellen des zu bestrahlenden Organs werden damit in größere Entfernung von dem Präparat gebracht. Als Material für die Kapsel eignet sich am besten das hartgummiähnliche Wenjazit. Bei einer Dicke von 10 mm hält es die β-Strahlen vollkommen zurück, und entspricht auch im übrigen den erforderlichen Bedingungen. G. W. Unna-Hamburg.

Eine einfache Vorrichtung zur Fernauslösung der Glimmerregenerierung, von G. Baumm-Breslau. (Strahlenther., Bd. 11, H. 3.) An den Draht der Glimmerregenerierung der zur Kathode führt, wird ein Faden befestigt, der über Haken oder Laufrädchen zur Bleikammer läuft und am freien Ende durch ein Gegengewicht gehalten wird. Die Vorrichtung ist an jeder Röhre mit Glimmerregenerierung ohne weiteres anzubringen. G. W. Unna-Hamburg.

Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß des Röhrenabstandes und der Feldgröße auf den Dosenquotienten, von W. Friedrich und H. Körner-Freiburg i. Br. (Strahlenther., Bd. 11, H. 3.) Die Untersuchungen an verschiedenen Apparaten führten alle zu den gleichen Resultaten: Der Dosenquotient ist um so günstiger, je härter die Primärstrahlung ist. Ein kleines Einfallsfeld bedingt einen steilen Abfall der Intensitätskurve, während bei größerem Einfallsfeld die Kurve flacher verläuft. Der Grund ist in der größeren Wirkung der Streustrahlen zu sehen. Mit Vergrößerung des Fokushautabstandes zeigt sich eine Zunahme der Dosis, je größer das Feld um so mehr. Da in der Praxis die Tiefenintensität oft schwer zu messen ist, sind auf Grund der Untersuchungen Tabellen aufgestellt, aus denen die Tiefendosis ersichtlich ist, wenn die Lage des Erkrankungsherdes und die Oberflächendosis bekannt sind. G. W. Unna-Hamburg.

Radium- und Röntgenwirkung auf normales und krankes lymphoides Gewebe (Action of Radium- and Roentgenrays on Normal and Diseased Lymphoid Tissue), von J. Levin. (J. Am. m. Ass., 1921, Bd. 77, Nr. 12, S. 930—933.) Behandelt die allgemeine, nicht bloß lokale Wirkung der 2 Strahlenarten in der allgemeinen Medizin, bietet nichts, was für die Dermatologie von besonderem Interesse wäre. E. Sklarz-Berlin.

Die physikalischen und biologischen Grundlagen der Röntgentherapie, von Dietlen-Oberstdorf. (B. kl. W., 1921, Nr. 47 u. 48.) Ausführliche Darstellung, die für den Röntgenologen nichts Neues bietet. Zu einem kurzen Referat nicht geeignet. E. Langer-Berlin.

Grundsätzliches zur Frage der prophylaktischen Nachbestrahlung in der Chirurgie, von O. Jüngling-Tübingen. (Arch. f. kl. Chir., 1921, Bd. 116, H. 4, S. 557 bis 566.) Bei jeder Nachbestrahlung muß die volle Karzinomdosis gegeben werden. Die bisherigen Erfolge sind ungenügend, und rechtfertigen nicht die Forderung, die Nachbestrahlung prinzipiell durchzuführen. Die theoretische Grundlage und die Methodik der Nachbestrahlung müssen noch basiert werden. M. Rehbein-Hamburg.

Digitized by Google

Röntgentherapie bei oberflächlichen bösartigen Erkrankungen (Röntgen Therapie in Superficial Malignancy), von WILLIAM H. MEYER-New York. (New York m. J., 1921, Bd. 63, Nr. 16.) Bericht über 100 Epitheliome, die mit bestem Erfolge nach der Absorptionsmethode der Dosenabschätzung behandelt wurden. Einzelheiten hierüber sind im Original nachzulesen. E. Levin-Berlin.

Über Röntgenbehandlung des Pruritus vulvae, von OTTO SCHLEIN-Berlin-Wilmersdorf. (Zbl. f. Gyn., 1921, Bd. 44, S. 1607.) An der v. BARDELEBENschen Klinik wurde mit harten Röhren von 10—12 Wehnelt Härte unter 3 mm Aluminiumfilter bestrahlt, und zwar wöchentlich 2 mal eine halbe Erythemdosis gegeben. Im ganzen wurde 10—15 mal bestrahlt. Nach einer Pause von 2—3 Wochen wurde nötigenfalls derselbe Turnus wiederholt. In allen 11 Fällen wurde mit Röntgenbestrahlung, die bei Fällen von essentiellem Pruritus auf biologischer Grundlage Heilung brachte, bei Pruritus infolge von Sekretion aber durch entsprechende Mittel unterstützt wurde, wenn auch oft nach längerer Einwirkung, Heilung erzielt. A. Rosenburg-Berlin.

Über Röntgendosierung und Röntgenverbrennung, von HANS KURTZAHN, Chir. Univ.-Klin. Königsberg. (D. m. W., 1921, Nr. 44, S. 1326—1328.) Verf. berichtet über einen Fall von Röntgenverbrennungen zwischen den Nates infolge Erhöhung des Dosenquotienten durch Streustrahlung. Weitgehende Exzision des Ulkus wird empfohlen. Für Tiefentherapie sind nur Schwermetallfilter geeignet. Bei jedem Instrumentarium muß die H.E.D. nach SEITZ und WINTZ festgestellt sein. Daneben kann für gelegentliche Prüfung das FÜRSTENAUsche Intensimeter und der KIENBÖCK-Streifen benutzt werden, für die Prüfung der prozentualen Tiefendosis der KIENBÖCK-Streifen hinter 10 cm Wasser. Die Schwankungen der Hautreaktion verschiedener Individuen sind sehr gering. Anders verhält sich die Reaktion bei pathologisch veränderter Haut. Die Latenzzeit nach einer intensiven Bestrahlung beträgt mindestens 6 Wochen.
F. Harry-Berlin.

Funktionsstörungen.

Hyperidrosis beim Kinde (Les Hyperidroses chez l'enfant), von H. JUMONT. (Progr. Méd., 1921, Nr. 11.) Beschäftigt sich mit den essentiellen Hyperidrosen ohne klinisch oder therapeutisch Neues zu bringen. E. Levin-Berlin.

Zirkulationsstörungen.

Über Mikrokapillarbeobachtungen bei einem Fall von RAYNAUDscher Krankheit, von ANNY HALPERT. (Diss. Kiel 1920.) Ein typischer Fall von RAYNAUDscher Krankheit bei einer 32jähr. Patientin wurde mittels der WEISSschen Methode der Mikrokapillarbeobachtung häufig, sowohl im Intervall als auch bei verschieden schweren Anfällen untersucht. Es fanden sich Kapillarschlingen der verschiedensten Form und Größe. Abweichend von den bisherigen Beobachtungen war das Nebeneinander von erheblich erweiterten Riesenschlingen und ganz fadenförmig dünnen Kapillaren im gleichen Gesichtsfeld. Die Strömung im Intervall zeigte Ähnlichkeit mit der Strömung bei venösen Stauungszuständen: träge, körnig, zeitweise Stase. Im Anfall zeigten fast alle Schlingen Stase und eine bläulichviolette Färbung, während in einigen wenigen Schlingen noch eine körnige Strömung in Gang bliebt. Diese Schlingen waren rot gefärbt. Im Anfall zeigten sich Formveränderungen der Kapillaren, wie sie sonst nicht beobachtet werden: Auswüchse und Vorbuckelungen, die während mehrerer Minuten unverändert bestehen blieben, daneben völlig leere Stellen. Es schien das Blut zeitweise in einzelnen Schlingen durch eine äußerst langsam verlaufende Peristaltik vorwärtsgeschoben oder durch eine minutenlang anhaltende spastische Zusammenziehung der Gefäße an einzelnen Stellen am Vordringen gehindert zu werden. Die Reaktion auf lokale Einwirkung von Wärme und Kälte traten langsamer ein als sonst beobachtet wurde. Die Reaktion auf Kälte zeigte keine Besonderheit gegen die Norm, dagegen trat auf Wärmereiz als paradoxe Reaktion eine Verengerung der Schlingen auf. Daneben war, wie sonst auch, eine erhebliche Beschleunigung der Strömung festzustellen. Durch Wärmeeinwirkung konnte in allen Schlingen, auch in solchen mit länger anhaltender Stase, eine sichtbare Strömung in Gang gebracht werden, die zeitweise fast normale Schnelligkeit erreichte.
F. Weiler-Leipzig.

Rezidivierende Purpura im Verlauf von 3 aufeinanderfolgenden Schwangerschaften (Purpura récidivant au cours de trois gestations successives), von H. VIGNES und STIASSNIE. (Progr. Méd., 1921, Nr. 16.) Die Erscheinungen traten regelmäßig in

Digitized by Google

den ersten Wochen der Schwangerschaft auf, um im Puerperium wieder zu schwinden. Der Verlauf war ein gutartiger, kein Fieber, keine rheumatischen Beschwerden, jedoch dauernd mäßiges Erbrechen. Früher keine Hämophilie. Es scheint sich in solchen Fällen um eine Auto-Intoxikation zu handeln, in der die Gravidität eine Rolle spielt.

E. Levin-Berlin.

Die anatomisch-physiologisch und klinische Bewertung der sapheno-femoralen Anastomose bei Varizen, unter besonderer Berücksichtigung der Dauerresultate dieser Operation, von E. Hesse und W. Schaack-Petersburg. (Bruns Beitr. z. kl. Chir., 1921, Bd. 124, H. 1, S. 1—83.) Obwohl anatomisch und physiologisch wohl begründet, kann die sapheno-femorale Anastomose bei Varizen nicht als Operationsmethode der Wahl gelten. Ihr Indikationsgebiet ist sehr eingeschränkt, ihre Technik verhältnismäßig schwierig, ihre Rezidivziffer von 20—40% nicht günstiger als bei den anderen bewährten Methoden der Saphenektomie nach Madelung, der Saphenaextraktion nach Bancock und dem Spiralschnitt nach Rindfleisch. M. Rehbein-Hamburg.

Urtikaria-, Erythem-, Herpes- und Prurigoformen. Frost.

Das Virus des Herpes febrilis und seine Beziehungen zum Virus Encephalitis epidemica (lethargica), von R. Doerr und A. Schnabel. (Zschr. f. Hyg., Bd. 94, H. 1, S. 29.) Aus einer großen Anzahl genau beobachteter Tierversuche hat sich ergeben, daß zwischen dem von den Verff. aus einem Lumbalpunktat gewonnenen Enzephalitisvirus und dem Virus des Herpes febrilis eine außerordentlich nahe Verwandtschaft, wenn nicht eine völlige Identität besteht. Trotzdem kann noch nicht als absolut bestimmt angenommen werden, daß die Encephalitis epidemica und der Herpes durch denselben Erreger hervorgerufen werden und daß sich die beiden Krankheiten nur durch die Ausbreitung des Erregers im menschlichen Organismus unterscheiden.

G. Assmann-Kiel.

Erfrierung, Verbrennung, Wunden.

Über Wundbehandlung mit Soteran, von Knieper-Mittweida. (M. K., 1921, Nr. 28, S. 849.) Verf. empfiehlt das Soteran, eine saure, Salizyl enthaltende Flüssigkeit, mit Wasser im Verhältnis von 1:5 eventuell sogar im Verhältnis von 1:1 verdünnt, als feuchten Verband bei frischen Wunden, bei Furunkulose, Karbunkeln, Phlegmonen, nässenden Ekzemen, Ulcus cruris, parasitären Ausschlägen und Brandwunden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Impetigo, Pyodermien, Diphtherie.

Multiple Hautabszesse (Abscès cutanés multiples), von J. Comby. (Presse méd., 1921, Nr. 75, S. 1359.) Der Erreger der kindlichen Pyodermien ist ebenso wie der der Furunkel, Karbunkel und damit auch der Hautabszesse des Staphylococcus aureus. Therapeutisches Vorgehen: Abwaschen mit Hg-oxycyanat oder alkalinisiertem H_2O_2, Eröffnung des Abszesses durch Stichinzision, Bedecken der Wunde mit einem Pflaster (z. B. Diachylon), Einpudern der ganzen Haut mit sterilisiertem Talkum, Hebung des Allgemeinzustandes (Ernährungsstörungen!) und gegebenenfalls Antistaphylokokkenvakzine oder kolloidales Zinn subkutan oder intramuskulär. Prophylaxe muß durch Überwachung der Ernährung, Bepinselung von Erosionen und leichter Pyodermien mit Jod und Bepuderung unkomplizierter Pyodermien oder Dermatitiden und Ekzeme an Stelle von Behandlung mit Bädern oder Salben getrieben werden. E. Sklarz-Berlin.

Die Eiterkokkenkrankheiten der Haut, von P. G. Unna-Hamburg. (D. m. W., 1921, Nr. 42, S. 1251—1253.) Unna teilt die Staphylodermien in solche mit freier Einwanderuug von Leukozyten (Impetigo Bockhart, Folliculitis staphylogenes, Abszesse der Neugeborenen, Phlegmone der Subkutis) und in solche mit erschwerter Einwanderung von Leukozyten ein (Perifollikulitis, Sykosis, Furunkel, Panaritium). Die Lanugohaarbälge sind die bevorzugten Einimpfungsstellen für die Eiterkokken, was Unna damit erklärt, daß die Eiterkokken an stark reduzierten, gänzlich sauerstofflosen Orten gern Fuß fassen und sich dort rasch vermehren können. Die Hornzellen der Oberfläche, die Haarzellen, die Zellen der Wurzelscheide und die Talgzellen sind Reduktionsorte. Das Fortkriechen an einer reduzierenden Wand nennt Unna geradezu pathognomonisch für den Staphylokokkus im Gegensatz zum Streptokokkus. Die einwandernden Leukozyten

Digitized by Google

werden durch Absonderung eines reduzierenden Toxins durch Entziehung ihres Sauerstoffs zum Ersticken gebracht und in „Eiterkörperchen" umgewandelt. Dieser „asphyktische Leukozytenwall" ist die Abwehrvorrichtung des Körpers gegen weitere schädigende Wirkung der Kokken, indem sie den reduzierenden Eindringling zu neutralisieren oder einzuschließen und zu sequestrieren suchen. Durch den festen Haarbalg der dicken Haare können die Leukozyten nicht so leicht hindurch gehen wie durch den Haarbalg der Lanugohaare, sie stauen sich außen am Haarbalg an. Es entsteht eine Perifollikulitis, die sich durch starke Schmerzhaftigkeit bei Berührung kundgibt. Ein Furunkel ist ein Komplex mehrerer Hautabszeßchen, die sich an einen oder mehrere Haarbälge anschließen. Es ist daher verkehrt, einen Furunkel zu spalten, da er ja kein einheitliches Zentrum besitzt. Man muß die einzelnen Haarbälge mit der heißen Nadel des Mikrobrenners anstechen. Versagt an einer Stelle die Abwehrvorrichtung des Körpers, so drängen die Staphylokokken in das Blut ein und finden dort gute Schlupfwinkel, da nur die Leukozyten Sauerstoff enthalten, während die roten Blutkörperchen, solange sie unversehrt sind, Reduktionsorte sind. Die Furunkel der Neugeborenen unterscheiden sich von denen der Erwachsenen dadurch, daß der weiche Pannikulus und das Zurücktreten der festen Kutis den Leukozyten keinen Widerstand bieten, somit nicht die Schmerzhaftigkeit aufweisen, die bei den Furunkeln infolge der durch das Toxin der Kokken verursachten Spannung vorhanden ist. F. Harry-Berlin.

Über primäre Diphtherie der Vulva, von Atzrott-Grabow i. M. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., Nr. 20, S. 572.) Verf. berichtet über eine bakteriologisch nachgewiesene und mit einer intramuskulären Antitoxineinspritzung von 1000 A. E. geheilten Diphtherie der Vulva, die auf den Bruder der Patientin übertragen wurde und dort als schwere Mandel- und Kehlkopfdiphtherie in Erscheinung trat. G. Assmann-Kiel.

Nabelinfektion in ihrer Beziehung zur Diphtherie, von G. U. Frick. (Diss. Gießen 1920.) Von 8 Fällen der Gießener Kinderklinik sind 4 gesicherte und 4 Wahrscheinlichkeitsfälle. Bei letzteren konnten dreimal Diphtheriekranke oder Diphtheriebazillenträger in der Umgebung der Erkrankten ermittelt werden, während bei ersteren am Nabel Diphtheriebazillen nachgewiesen wurden. Von den 4 Wahrscheinlichkeitsfällen starben 3, von den gesicherten Fällen keiner. F. Weiler-Leipzig.

Über das Diphtherieserum und die Serumbehandlung der Diphtherie, von A. Schwenkenbecher-Marburg. (B. kl. W., 1921, Nr. 41, S. 1211.) Um das Wesen der spezifischen und aspezifischen Serumbehandlung der Diphtherie zu prüfen, insbesondere zu erforschen, welcher Heilwert dem Antitoxin zukommt, schlägt Verf. ausgedehnte Paralleluntersuchung vor. Für die Praxis empfiehlt er einstweilen von dem Behring-schen Heilverfahren nicht abzugehen. E. Langer-Berlin.

Diphtheria glandis penis, von P. Bode-Riga. (Arch. f. Kindhlk., 1921, Bd. 70, H. 2, S. 112—114.) Bei einem 6jähr. Knaben tritt gleichzeitig mit einer Rachen und Kehlkopfdiphtherie eine solche der Glans penis auf. Diphtheriebazillen sind überall durch Kulturen nachgewiesen. Durch Diphtherieheilserum heilte alles ab. Die Entstehung ist entweder auf eine Übertragung der Bazillen auf die Eichel durch Berührung mit den Händen oder auf Infektion durch den Urin zurückzuführen.

E. Langer-Berlin.

Ekzem, Rosacea, Psoriasis.

Die allgemeine und diätetische Behandlung des Ekzems (The General and Dietetic Treatment of Eczema), von J. P. Crozer-Philadelphia. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 3.) Die Besprechung beschäftigt sich ausschließlich mit Kindern, bei denen gerade infolge der reizbaren Haut örtliche Ursachen eine Rolle spielen. Entferntere Ursachen sind individuelle Prädisposition, Erblichkeit, Überernährung, sonstige Fehler der Ernährung, Störungen der Urinentleerung. Bei Kindern im ersten Lebensjahre findet man oft Schwinden der Erkrankung bei Abgehen von der reinen Milchdiät. Die konstitutionelle Behandlung ist eliminativ, diätetisch, medikamentös. In ersterer Hinsicht lehrt die Erfahrung die Wirksamkeit von in Pausen von 5 Tagen verabreichten Purgantien (Kalomel, Magnesia) dabei ist auch auf genügende Darmtätigkeit an den Zwischentagen zu achten. Die diätetische Behandlung sucht bei zu fetten Kindern das Übermaß an Nahrung zu vermeiden, unter Umständen ist der speziell schädigende Nahrungsbestandteil herauszufinden (Fett, Zucker, animalisches oder vegetabilisches Protein), eventuell Aufhören mit der reinen Milchdiät. Bei älteren Kindern kommen als schädigend in Betracht: Eier, Übermaß mehlhaltiger Nährstoffe. Die Behandlung mit Medikamenten ist eine beschränkte; bei Gesundheitsstörungen infolge ungenügenden Schlafes

Digitized by Google

Phenazetin, Brom, bei Anämie Eisen, Leberthran, bei Asthma, rekurrierenden Bronchitiden, häufigem Erbrechen Natr. bicarbon. und andere Alkalien. Das etwas in Mißkredit gekommene Arsen scheint besonders in chronischen Fällen doch von Wert zu sein.
E. Levin-Berlin.

Ekzematisation als eine vegetative (vagotonische) Manifestation, von E. Pulay-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 27.) Neben der Urtikaria und dem angioneurotischen Ödem als Äußerungen der Vagotonie besteht nach P.s Beobachtungen noch eine Gruppe von Ekzemfällen, bei denen der Pruritus im Mittelpunkt der Erscheinungen steht und die Ekzematisation als Folge des Kratzeffektes aufzufassen wäre. Verf. schildert in Umrissen 5 solche Fälle, die er bei Kranken im Alter von 3—60 Jahren beobachtet hat. Besonders bemerkenswert war der ausgesprochene therapeutische Effekt von Atropin, und eine weitere Stütze für die Annahme einer vagotonischen Ätiologie bietet der mehrfach gelungene Nachweis von Hyperurikämie, Hypercholesterinämie und gelegentlich von alimentärer Glykosurie. Zumal die chronischen Kinderekzeme mit scharfer Lokalisation vorwiegend an den Kniekehlen und Ellenbogen, die in der Regel plötzliche Ausbrüche zeigen, und bei denen der Pruritus als der das Ekzem bedingende Reiz anzusprechen ist, gehören hierher. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Thyroidinbehandlung der Furunkulose (Traitement thyroidien de la furonculose), von Emile Savini. (Progr. Méd., 1921, Nr. 17.) Die sehr günstigen Resultate werden bewirkt durch den stimulierenden Einfluß auf die Abwehrkräfte des Stoffwechsels und die Abschwächung des speziellen, durch die Infektion selbst geschaffenen anaphylaktischen Zustandes. Es handelt sich also um eine reine Umstimmung des Terrains, daher besteht nur eine beschränkte Dauer der Wirkung und ist eine Wiederholung von Zeit zu Zeit notwendig. E. Levin-Berlin.

Erysipel, Phlegmone usw.

Zur Technik der Behandlung des Erysipels mit Jodtinktur, von Lämmerhirt (B. kl. W., 1921, Nr. 47, S. 1389.) Verf. empfiehlt zweifingerbreite Pinselung mit Jodtinktur um den äußersten Rand des Erysipels und einen Reserveanstrich parallel dazu 2 Finger entfernt im Gesunden. Sofortige Wiederholung nach Nachlassen der Braunfärbung, besonders bei starkem Schweiß. Keine Salbenverbände, sondern Einpudern.
E. Langer-Berlin.

Über die Behandlung des Erysipels durch Einpinselung mit Jodtinktur, von Reye-Hamburg. (B. kl. W., 1921, Nr. 41, S. 1220.) In zahlreichen Fällen hat Verf. durch Einpinseln mit 10%iger Jodtinktur gute Erfolge erzielt. Die Haut muß weit über den erkrankten Teil hinaus bis zu dunkelkaffeebrauner Verfärbung am besten mit einem Haarpinsel eingepinselt werden. Wiederholung der Einpinselungen alle 10—12 Stunden, meist genügt 2—3malige Wiederholung. Vorsicht an den Schleimhäuten wird empfohlen.
E. Langer-Berlin.

Streptodermie, Erysipel, von P. G. Unna. (D. m. W., 1921, Nr. 45, S. 1349 bis 1351) Eine ausführliche Darstellung der pathologischen Anatomie, der klinischen Symptome und der Therapie des Erysipels, auf Grund Unnas Theorie von dem Sauerstoffbedürfnis und der sero-fibrinotaktischen Eigenschaften der Streptokokken. Einzelheiten sind im Originalartikel nachzusehen. F. Harry-Berlin.

Belichtungs-, Ernährungs-, endokrine Störungen usw.

Die Beziehung zwischen Nebennierenrinde und Geschlechtsentwicklung (The Relation between the Adrenal Cortex and Sexual Development), von Knud H. Krabbe-Kopenhagen. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 1) Aus zahlreichen Beobachtungen hatte man geschlossen, daß es bei Geschwülsten der Nebennierenrinde zum vorzeitigen Eintritt der Pubertät und zur Entwicklung sekundärer männlicher Geschlechtscharaktere bei Mädchen komme. Bei diesen kann von einer vorzeitigen Pubertät nicht die Rede sein, da nur ein einziges Mal über das Auftreten von Menses berichtet wird, und zwar im Alter von 10 Jahren. Andere Erscheinungen, wie Auftreten von Pubes, standen in Beziehung zu anderweitiger Hypertrichosis, ebenso Entwicklung der Mammae mit allgemeiner Adipositas. Wirkliche vorzeitige Pubertät fand sich nur bei Knaben, während

Digitized by Google

es sich bei den Mädchen um Virilismus handelt. Diese Tatsachen sind auf die fötale Entwicklung zurückzuführen: das Ovarium ist in frühen Stadien hermaphroditisch, seine Markschicht zeigt Hodenstruktur. Diese ist entwicklungsgeschichtlich eng verknüpft mit der Rindenschicht der Nebennieren, und man kann annehmen, daß in Fällen, in denen Geschwülste der Nebennierenrinde Virilismus bewirkten, sie sich nicht von normalen Zellen der Nebennierenrinde entwickelten, sondern von solchen fötalen Hodenzellen, die von der Nebennierenrinde absorbiert und zu einer Art falscher Nebennierenrinde entwickelt wurden. E. Levin-Berlin.

Die Behandlung von Hautkrankheiten mit Organextrakten (Endocrinotherapie in Skin Diseases), von Moses Scholtz-Los Angeles, Cal. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 1.) Die besten Erfolge sind zu erzielen bei der Gruppe der hypothyroiden Dermatosen (verschiedene Formen von Dyskeratosen, z. B. Ichthyosis, kongenitale Keratodermien, Lichen pilaris, Dariers Keratosis follicularis, ferner gewisse schuppende Ekzeme und gewisse Fälle von Psoriasis, Prurigo, seniler und hypothyreoider Pruritus, vielleicht Sklerodermie). Indirekt und nicht spezifisch sind verschiedene Hormone wirksam bei verschiedenen symptomatischen Dermatosen, wie Acne vulgaris, Rosacea, diätetischen und vasomotorischen Dermatosen, diabetischen Ekzemen. Als Prinzip der Organtherapie kommt am meisten der Ersatz fehlender oder zu geringer Hormone in Betracht. Die besten Resultate geben geringe Dosen für längere Zeit gegeben. E. Levin-Berlin.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Zentripetale Narbenmassage, von Schnes-Wien. (Arch. f. kl. Chir., 1921, Bd. 116, H. 3, S. 398—412.) Es gelingt durch zentripetale Narbenmassage, die vorsichtig und lange Zeit hindurch, und zwar vom Arzt selbst durchgeführt werden muß, flächenhaft am Knochen fixierte Narben zu lösen. Bei Fixation der Narbe an Weichteilen ist der Erfolg unsicher, bei strangartigen Narben schlecht. Im selben Sinne lassen sich atrophische Ulzera — mit Ausnahme von Ulcera cruris — günstig beeinflussen. Bei Karzinomnarben ist die Massage kontraindiziert. M. Rehbein-Hamburg.

Radiumbehandlung der Naevi vasculosi (Curithérapie des naevi vasculaires), von Simone Laborde. (Progr. méd., 1921, Nr. 46.) Am besten reagieren Angiome, weniger Naevi plani, bei denen jedoch wenigstens beträchtliche Dekoloration zu erzielen ist. Bei sehr jungen Kindern sind Bestrahlungen von längerer Dauer in der Nähe der Nervenzentren gefährlich. E. Levin-Berlin.

Zur Klinik des Naevus flammeus, von E. Popper-Prag. (M. Kl., 1921, Nr. 22.) 25jähr. Mann mit band- und streifenförmigem Naevus flammeus am Ober- und Vorderarm entsprechend dem siebenten Zervikalsegment (nach dem Bingoschen Schema). Nach den neueren Forschungen erscheint die Anschauung von der neurogenen Ätiologie am besten begründet. Buschke erklärt die Affektion durch eine angeborene Gefäßnervenstörung, eine schon im Fötalleben wirksame Vasokonstriktorenschwäche, die nachwirkend zu dauernder Gefäßerweiterung führt. Für den vorliegenden Fall ist mit Sicherheit eine Anomalie im Hautgebiet des siebenten Zervikalsegments anzunehmen, und zwar im vorderen Anteil einer nervösen Metamere. Verf. legt die Beziehungen dieses Gebietes zu den Vasokonstriktorenzentren dar und hebt hervor, daß neben den in der Höhe von D_4 bis D_9 aus dem Spinalkanal austretenden, dem Arm zugehörigen Gefäßnerven auch andere höher gelegene spinale Zentren vorhanden sein müssen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Xanthomatose in einem Falle rezidivierender Pankreatitis, von O. J. Wijuhausen-Amsterdam. (B. kl. W., 1921. Nr. 43, S. 1268.) Verf. beschreibt einen Fall von rezidivierender Pankreatitis, die abweichend von der sonstigen Ätiologie nach einem heftigen Trauma entstanden ist. Xanthome, die schon vorher bestanden hatten, nahmen mit jedem Pankreatitisanfall an Zahl und Größe zu, verschwanden unter fettarmer Diät und erschienen, wenn der Pat. längere Zeit viel Fett gegessen hatte. Da man bei Xanthomen eine Hypercholesterinämie findet, nimmt Verf. einen Zusammenhang zwischen Pankreasfunktion und Hypercholesterinämie an. E. Langer-Berlin.

Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Botanomnatur der Recklinghausenschen sogenannten Neurofibromato-e, von L. Merk-Innsbruck. (M. Kl., 1921, Nr. 32, S. 970—971.) Vor Jahresfrist berichtete Verf. über Beobachtungen von dem Vorhandensein von pflanzlichen Bildungen innerhalb von Recklinghausenschen Neurofibromen. Zur weiteren Erforschung dieser Geschwülste beschreibt er nun eine Färbungsmethode

Digitized by Google

mit Schwefelsäure, welche die Schnitte von Recklinghausenschen Hautgeschwülsten in für Abkömmlinge aus den Pflanzen charakteristischer Weise färbt. Damit ist eine weitere Stütze gewonnen für die Auffassung, daß man es bei den Recklinghausenschen Geschwülsten mit Botanomen zu tun hat. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Maligne Neubildungen.

Beschreibung eines aus karzinomatösen Geschwülsten erhaltenen Organismus (Description of an Organismus obtained from Carcinomatous Growth), von James Young. (Edinb. m. J., 1921, Bd. 27, Nr. 4.) Aus einer beträchtlichen Zahl karzinomatöser Geschwülste wurde ein Organismus mit einem spezifischen Lebenszyklus isoliert. Das jüngste Stadium, außerordentlich klein und nur mit den stärksten Vergrößerungen erkennbar, ist herzuleiten von einer Keimung von Sporen und wächst am besten in einem stark sauren Medium; in diesem Stadium dürfte die ursprüngliche Infektion zustande kommen. Es kann nicht isoliert kultiviert werden, weil es sehr schnell in eine etwas größere (kolloide oder bazilläre) Form übergeht, in der es gut bei gewöhnlicher Temperatur auf Platten gedeiht. Hierauf folgt eine verhältnismäßig große Sporenform, in der es lange Zeit schlummern kann. Die kleineren Formen scheinen in den Kern der Zellen einzudringen, die Proliferation der Zellen würde dann auf den Reiz der intrazellulären Parasiten zurückzuführen sein, indem die Tochterkerne einen oder mehrere Keime im Teilungs- oder vegetativen Stadium mit sich führen. Bei Mäusen erfolgte nach der Einspritzung von Kulturen Auftreten maligner Geschwülste.

E. Levin-Berlin.

Beweise für die konstitutionelle Natur des Krebses (Proofs of the Constitutional Nature of Cancer), von L. Duncan Bulkley-New York. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 2.) Die Anschauung von der lokalen Natur des Krebses hat nebst der darauf gegründeten Therapie (chirurgische, Röntgen-, Radiumbehandlung) Schiffbruch erlitten und zu einem ungeheueren Anwachsen der Mortalität geführt. Die auf Laboratoriumsbefunde, statistische, biochemische und klinische Beweise gegründete Annahme der konstitutionellen Natur wird auch durch Hunderte, auf innere Maßnahmen einschließlich verschiedener Sera geschwundener Fälle gestützt. E. Levin-Berlin.

Über Adenokankroide, von Paul Wilhelm Loeb-Frankfurt a. M., Senckenberg. path. Inst. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 25, H. 1, S. 154—173.) An der Hand von 4 Fällen kommt Verf. zu dem Schluß, daß Adenokankroide einheitliche Tumoren sind, hervorgegangen aus einer einheitlichen Matrix, mit morphologischen Übergängen im Tumor zwischen Platten- und Zylinderepithel. Ursache sind Entwicklungsstörungen. Wahrscheinlich gehen diese Geschwülste von indifferenten, in der Entwicklung wesentlich zurückgebliebenen Zellen, verbunden mit heteroplastischen Vorgängen, aus.

G. Assmann-Kiel.

Variabilität des Lippenkarzinoms, von Viktor Hamaekers. (Diss., Bonn 1920, pathol. Inst.) Beschreibung von 24 mikroskopischen Präparaten, die von Ribbert hergestellt sind. F. Weiler-Leipzig.

Über die karzinomatöse Degeneration der Epithelzysten der Haut nebst Beschreibung eines derartig veränderten Epidermoids der Kopfhaut, von Kurtzahn, Path. Inst. Königsberg. (Virch. Arch., Bd. 230, S. 292—301.) Krebse in Atheromen sind nicht häufig. Krebse in angeborenen Epithelzysten (Dermoiden, Epidermoiden) der Haut sind sehr selten. In den mitgeteilten Fällen bestand häufig daneben ein Krebs an anderer Stelle. Gewöhnlich handelt es sich um verhornende Plattenepithelkrebse; auch der vorliegende Fall betraf ein Kankroid. Ist die Zyste durch Krebsmassen erfüllt, so kann man den früheren Inhalt durch spezifische Hornfärbung nicht mehr nachweisen. E. Wolf-Braunschweig.

Multiple intrathorakale Metastasen nach maligner Degeneration eines Naevus pigmentosus, von H. Balcerek-Danzig. (B. kl. W., 1921, Nr. 45, S. 1327.) In der Narbe eines vor 30 Jahren malign degenerierten Nävus entstand ein neuer Tumor mit rasch sich entwickelnden, ausgedehnten, multiplen, besonders intrathorakalen Metastasen. Aus dem Röntgenbild ist, nachdem die entsprechenden physikalischen Untersuchungsmethoden kein Ergebnis hatten, die Diagnose Sarkom der Lungenmetastasen gestellt worden. Keine histologische Untersuchung. E. Langer-Berlin.

Über ein malignes Lymphangiomendotheliom der Haut des Fußes, von Karl Nather. (Virch. Arch., Bd. 231, S. 540—556.) Nathers Fall von Lymphangioendotheliom der Haut des Fußes betrifft einen im Rudolfspital-Wien operierten Fall,

Digitized by Google

in dem nach einem Trauma eine Gangrän der 5. Zehe, im Bereiche des Fußrückens mehrfach Geschwüre mit wallartig aufgeworfenen harten Rändern und multiple harte Knoten in der Haut des Unterschenkels aufgetreten waren. Durch eingehende histologische Untersuchung wird die Diagnose gestellt und somit ein Fall gefunden, der sich dem von HASLUND in der Literatur beschriebenen Fall von Lymphangioendotheliom anschließt. Die Diagnose gründet sich auf dem Mangel eines nachweisbaren biologischen Zusammenhangs der Umbildung mit dem Oberflächenepithel und den epithelialen Anhangsgebilden der Haut, und weiterhin auf folgende Kriterien: Die im ganzen Tumor einheitliche Grundform der Zellanordnung um Hohlräume, die laufenden Übergänge von anscheinend an normale Elemente erinnernden Endothelien zu ausgesprochenen Tumorelementen, die lebhafte Produktion neuer junger Lymphkapillaren; der innige Zusammenhang der Geschwulstzellen mit dem Stroma; die Polymorphie im Aufbau des Tumors; die stellenweise Häufung des Geschwulstgewebes um den Verlauf größerer Blutgefäße; die Degeneration der Zwischensubstanz; der im ganzen Tumor zu verfolgende Wechsel progressiver und regressiver Erscheinungen, wobei ein Ersatz des zugrunde gegangenen Geschwulstparenchyms ausbleibt, das exquisit maligne infiltrative Wachstum, wie es RIBBERT für die reinen Formen des Endothelioms postuliert.

E. Wolf-Braunschweig.

Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Mitosen im Karzinomgewebe und auf die Blutgefäße, von A. REICHOLD-Weißenborn. (M. m. W., 1921, Nr. 28, S. 881.) Die histologische Untersuchung bestrahlter Karzinome zeigte zunächst reichliche Mitosenbildung. Zentralkörperchen gut gefärbt, Protoplasmafäden regelmäßig verlaufend. Nach wiederholter oder stärkerer Bestrahlung Zellzerfall. Zwischen den einzelnen Zellen befinden sich zahlreiche Leukozyten. Starke Gefäßvermehrung und Formveränderung der Intimazellen.

G. W. Unna-Hamburg.

Die Strahlentherapie beim Karzinom mittels zellfunktionserhöhender Reizstrahlen, von MANFRED FRAENKEL-Charlottenburg. (D. m. W., 1921, Nr. 46, S. 1396.) Es gelingt nicht, durch noch so große X-Strahlendosen alle Karzinomzellen, besonders nicht die jugendlichen (unreifen) zu vernichten. Wenn in dem entfernter liegendem reifen Bindegewebe sich trotz Reizstrahlen Karzinom entwickelt, so liegt es daran, daß das Bindegewebe nur Streustrahlen erhalten hat, die wegen der geringeren Dosis den notwendigen Reiz nicht ausüben konnten. Die Reizdosis ist keine absolut feststehende Strahlenmenge, sondern richtet sich nach der zellfunktionserhöhenden Wirkung an dem einen oder dem anderen Organ. Verf. legt dem Anreiz aller endokrinen Drüsen einschließlich Haut und Bindegewebe große Bedeutung bei und wendet sich gegen die Betrachtung der Karzinomtherapie als rein örtlich wirksam.

F. Harry-Berlin.

Bemerkungen zu vorstehenden Ausführungen, von L. HALBERSTÄDTER-Berlin. (D. m. W., 1921. Nr. 46, S. 1396) Wenn FRÄNKEL eine sehr große Reizdosis für reifes Bindegewebe empfiehlt, so müssen die Karzinome örtlich mit den von ihm verurteilten intensiven Bestrahlungen behandelt werden, da es praktisch gleich ist, ob sie lähmend auf die Karzinomzellen oder reizend für das Bindegewebe wirken. Wenn die Reizdosis nur auf das Bindegewebe wirken würde, so dürfte niemals die Gefahr der vermehrten Kachexie durch Zerfallsprodukte auftreten. Sodann verlangt Verf. eine genaue Angabe der Begriffe „mäßige, kleine und große Dosen". Die Heilwirkung durch Bestrahlung endokriner Drüsen kann erst dann als bewiesen gelten, wenn jede örtliche Beeinflussung des Karzinoms unterbleibt.

F. Harry-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Prof. RILLE in Leipzig wurde vom sächsischen Ministerium des Innern in den Fachausschuß zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten berufen.

Dr. JOHANN SAPHIER, Oberarzt der dermatologischen Klinik in München, ist gestorben.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

25. März 1922 | Nr. 12 | Band 74

Über Dermatitiden durch Terpentinersatz.

Von

Prof. Dr. med. Galewsky in Dresden.

Terpentindermatitiden sind seit alters her bekannt, und jeder Dermatologe kennt die Hauterkrankungen der Maler, die sich beim Farbenmischen und beim Gebrauch der Farben eine ekzematöse Terpentindermatitis zuziehen. Schon lange vor dem Kriege waren Ersatzmittel des Terpentins als Verdünnungsmittel für Öl- und Lackfarben im Gebrauch, und namentlich für billige Farben wurden diese Ersatzstoffe gern verwendet, insbesondere wurden höher als Ligroin siedende Petroleumbestandteile als Mineralterpentin für billige Farben angewendet. Im Kriege fehlte dann das Terpentin, welches ja aus Finnland, Amerika, Frankreich und anderen Ländern bezogen wurde, völlig, und die Zahl der Ersatzstoffe, die das Terpentin verdrängten, nahm immer mehr zu. In der letzten Zeit kam auch noch die Verteuerung des Terpentins durch die Valuta dazu, die manchen bestimmt haben mag, mit Ersatzstoffen zu arbeiten. Diese Terpentinersatzstoffe haben sich im Handel und beim Gebrauch bewährt und im allgemeinen zu besonderen Klagen keine Veranlassung gegeben.

Erst in der letzten Zeit habe ich 4 Fälle von ekzematöser Dermatitis beider Hände bei Malern (und 1 bei einer gewerblichen Malerin) gesehen, die auf Terpentinersatzstoffe zurückzuführen sind. Unter diesen Patienten mit Ekzem nach Terpentinersatzstoffen waren 5, die mit Tetralin gearbeitet hatten. Eine Probe war reines Tetralin, drei andere waren dem Geruch nach sicher Gemenge, deren chemische Bestandteile nicht festgestellt werden konnten[1]). Das Tetralin selbst ist ein vierfach hydriertes Naphthalin $C_{10}H_8H_4$, und sollte seiner chemischen Konstitution nach eigentlich keine Reizwirkung auf die menschliche Haut ausüben. In meinen Fällen, insbesondere in dem reinen Tetralinfall, ist aber ein Zweifel an der Reizwirkung des Tetralins ausgeschlossen, in den 4 anderen Fällen liegt die Möglichkeit vor, daß Verunreinigungen ebenfalls zur Reizung mit beigetragen haben.

Meine 5 Fälle betrafen, abgesehen von dem 1 Fall bei der Malerin, viermal Stubenmaler, die mit Ölfarben arbeiteten, in dem 1 Fall sogar Vater und Sohn, die beide nach dem Gebrauch des Tetralingemenges zur Farbenverdünnung das Ekzem bekamen. Die Reizung hörte in diesem Falle sofort auf, als diese beiden Maler einen im Kriege mit viel Reklame angepriesenen anderen Terpentinersatz Sangajol (ein Gemisch von Test-

[1]) In dem einen Fall Kienöl.

Digitized by Google

benzin und Kienöl) verwendeten. Also auch hier hat entweder das Tetralin oder das Tetralingemisch die Reizung verursacht.

Es handelte sich um die gewöhnlichen Handekzeme, die wir als artifizielle Dermatitiden seit langer Zeit kennen, und die sich in nichts von den Terpentinerkrankungen unterscheiden. Dieselben heilten unter der üblichen Behandlung ab. Zweck dieser Mitteilung ist nur, auf diese Dermatitiden durch Terpentinersatzstoffe hinzuweisen, die anscheinend selten sind, wie ja auch aus der Industrie heraus eigentliche Klagen über das Tetralin bisher noch nicht bekannt geworden sind. Vielleicht handelt es sich in diesen Fällen um Patienten mit besonders empfindlicher Haut.

Aus der dermatologischen Abteilung des Charlottenburger Krankenhauses] (Ärztl. Direktor: Prof. C. Bruhns).

Multiple weiche Warzen der Mundschleimhaut.

Von

Dr. E. Stern, Hilfsassistenzarzt.

Mit 1 Tafel.

Ein kürzlich in unserer Poliklinik beobachteter Fall von kleinen Tumoren der Mundschleimhaut lohnt sich wegen seiner Seltenheit vielleicht einer kurzen Mitteilung:

Es handelte sich um ein 14jähriges Mädchen, das nach Angabe der Mutter mit Ausnahme eines leichten Typhus in den ersten Lebensjahren bis zum 12. Jahre nicht ernstlich krank gewesen ist. Am Ende des 12. Lebensjahres sei sie an einer Diphtherie erkrankt gewesen; seitdem hätten sich bei dem Kinde kleine „Pöckchen" im Munde gezeigt, ob sich diese im Laufe der Zeit vermehrt hätten, wußte die Mutter nicht anzugeben.

Befund: Schlankes, graziles, 14jähriges Mädchen, in mittlerem Ernährungszustande, von blasser Haut- und Gesichtsfarbe. An beiden Halsseiten, hinter dem M. sternocleidomastoides einzelne bohnengroße Drüsen fühlbar. Die inneren Organe weisen keine nennenswerte Abweichungen von der Norm auf.

Die mäßig durchblutete Mundschleimhaut zeigt auf der Innenfläche der Ober- und Unterlippe, vereinzelt auch in beiden Mundwinkeln, zahlreiche ziemlich dicht beieinanderstehende, weiche, kleine, kreisrunde, stecknadelkopf- bis sagokorngroße Effloreszenzen, die das Niveau der Umgebung um etwa 1—2 mm überragen, sich in ihrer Färbung jedoch nicht von der übrigen Mundschleimhaut unterscheiden (s. Abbildung). Nase und Rachen zeigen außer einer Schwellung von 3—4 Follikeln dicht oberhalb des Kehlkopfeingangs normalen Befund. Die Blutuntersuchung zeigt normales Ergebnis. An den Fingern sind keine Warzen vorhanden.

Eine in der Nähe des Lippenrandes von der Schleimhaut abgetragene Effloreszenz hatte folgenden histologischen Befund:

Sehr starke Verbreiterung des Epithels und der interpapillären Zapfen, an einzelnen Stellen sieht man auf der gewucherten Stachelzellenschicht eine mehrschichtige Lage kernhaltiger platter Zellen (Parakeratose) und unterhalb derselben Reste von Keratohyalin. Keine Hyperkeratose. Die Interzellularspalten sind vielfach etwas erweitert und von vereinzelten Wanderzellen durchsetzt. Papillarkörper und obere Kutis (weiter reichte die Exzision nicht) zeigen sehr zahlreiche erweiterte

Digitized by Google

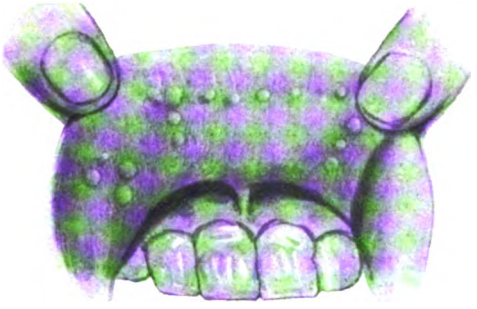


Abb. 1.

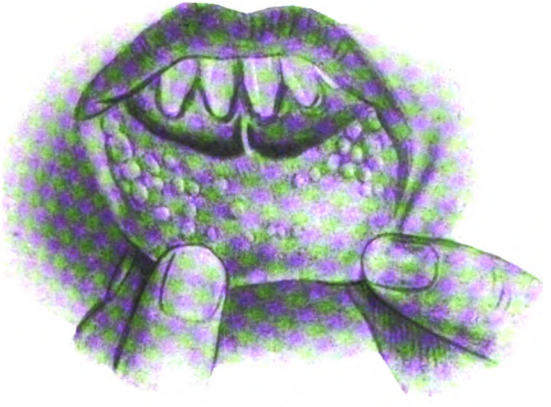


Abb. 2.

Digitized by Google

Digitized by Google

Blutgefäße. Das kollagene Gewebe ist von normaler Beschaffenheit. Die Bindegewebszellen, deren Zahl erheblich vermehrt ist, weisen große bläschenförmige, ovale Kerne mit deutlichen Kernkörperchen auf, so daß sie beinahe den Eindruck von Endothelzellen machen. Kleinzellige Infiltration ist nicht vorhanden.

Dem histologischen Befunde nach handelte es sich hier also um weiche Warzen von akanthoidem Typ. Differentialdiagnostisch kämen mikroskopisch Condylomata acuminata in Betracht. Die kleinen Tumoren zeigten jedoch makroskopisch absolut flachen Typus, keinerlei kegelförmigen bzw. gestielten oder blumenkohlartigen Charaker trotz ihres bald zweijährigen Bestehens, so daß sie klinisch durchaus als weiche Warzen, nicht als Papillome anzusprechen sind. Daß Condylomata acuminata gelegentlich auf der Mundschleimhaut vorkommen, ist ja bekannt, ich verweise nur auf den ausgedehnten Fall von Tryb[1]) und auch noch auf einen jüngst von Nadel[2]) veröffentlichten Fall. In unserem Falle ließ übrigens auch der histologische Aufbau der Papillarschicht die von Unna und Joseph bei Cond. acum. beschriebenen Riesenstachelzellen sowie das Tieferdringen der Papillarschicht verbunden mit Faltenbildung vermissen.

Über weiche Warzen der Mundschleimhaut finden wir in der Literatur sehr wenig. C. Rasch wies als erster 1894 auf die Tatsache hin, daß Warzen, genau wie auf der äußeren Haut, auch auf der Mundschleimhaut vorkommen können, 1898 berichtete er über 2 weitere Fälle, die Max Joseph[3]) mitteilt: „Hier fanden sich bei 2 jungen Mädchen 20 bis 30 Warzen an der Wangenschleimhaut. Die eine Patientin hatte die Angewohnheit, an einer alten Fingerwarze zu kratzen und an dem Blute zu saugen. So scheint in der Tat die Erkrankung von der äußeren Haut auf die Schleimhaut übertragen."

1904 zeigte auch Anderson[4]) einen jungen Mann mit Warzen an der Lippenschleimhaut, der ebenfalls die Gewohnheit hatte, an einem mit Warzen bedeckten Finger zu lecken. Zu den Ausnahmen gehört jedoch, wie Joseph erwähnt, ein Fall Allans, „wo die Warzen nur auf der Mundschleimhaut beschränkt blieben, während die Hände davon freiblieben." So war es ja auch bei unserer Patientin der Fall.

Wir finden überall nur kurze Hinweise auf diese Gebilde ohne den Beleg durch mikroskopischen Befund. Die kleinen Tumoren, die Vollmer[5]) als kleinste warzenartige Gebilde von Stecknadelkopfgröße auf der Mundscheimhaut beschrieb bei einem 60jährigen Patienten, der am ganzen Körper zahlreiche papillomatöse Bildungen aufwies, sind ebenfalls ohne histologischen Befund, so daß über die Natur der Tumoren mit Sicherheit nichts gesagt werden kann. Vollmer bezeichnete diese Erkrankung als Papillomatosis. Bemerkt sei dazu, daß Fantl[6]) in einer jüngst erschienenen Arbeit die Vollmersche Beobachtung mit einem von ihm selbst beschriebenen und mikroskopisch untersuchten Falle von diffus verbreiteter Papillomatosis cutis klinisch und wahrscheinlich histologisch identifizieren zu können glaubt. Fantl will diese Papillomatose von dem

[1]) Mh. f. pr, Derm., 1913, Bd. 57, Nr. 28. — [2]) Ref. i. Zbl. f. H. u. G. u. angr. Gebiete, Bd. 3, H. 1—2, S. 40. — [3]) Mraceks Handb., Wien 1904, Bd. 3, S. 512—513. — [4]) Mh. f. pr. Derm., 1904, Nr. 5, S. 269. — [5]) Arch. f. Derm., 1906, S. 293—303. — [6]) Arch. f. Derm., 1921, Bd. 129, S. 332—343.

Digitized by Google

Begriffe des Condyloma acuminatum durchaus abgetrennt wissen. Im Gegensatz zu unserem Falle zeigt der Fantlsche histologische Befund ein sehr dünnes Epithel, das nur gegen das Oberflächenende zu eine geringe Akanthose aufweist, während bei unserer Patientin, dem Charakter weicher Warzen entsprechend, gerade die starke Verbreiterung des Epithels auffällt.

Therapeutisch konnten in unserem Falle die Schleimhautwarzen leicht ohne erhebliche Blutung mit der Schere abgetragen werden.

Für die Entstehung dieser Gebilde auf der Mundschleimhaut ließ sich ein klarer Anhaltspunkt nicht finden. Es wäre immerhin denkbar, daß ein entzündlicher Reizzustand zur Zeit der Diphtherie vorhanden war, den man als auslösendes Moment zur Warzenbildung betrachten könnte. Eine Übertragung von Warzen an den Händen auf die Mundschleimhaut ließ sich in unserem Falle nicht nachweisen, die kleinen Geschwülstchen waren isoliert auf der Mundschleimhaut aufgetreten.

Sclerosis urethrae.

Von

Dr. Georg Gjorgjević,

Chef der Staatsambulanz für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Belgrad.

Es wird allgemein angenommen, daß die Sklerose in der Urethra eine große Seltenheit ist. Wenn aber gut beobachtet, und jedes Sekret der Urethra bakteriologisch untersucht wird, hauptsächlich auf Spirochaeta pallida, so wird man oft erstaunt sein, daß in den sozusagen ganz indifferenten Fällen, ohne irgend welche besondere Erscheinungen, Spirochäten konstatiert werden, und die Diagnose einer Urethralsklerose damit bestätigt wird.

Nachdem aber neben diesen, bei den meisten Fällen ganz bedeutungslosen Symptomen, noch immer einzelne, für das Bestehen einer Sklerosis der Urethra ganz charakteristische zu beobachten sind, werde ich zuerst die genauen Krankengeschichten mitteilen und nachher auf die einzelnen ganz besonders wichtigen Momente zurückkommen.

Meine ersten 6 Fälle von sicherer Urethralsklerose wurden fünfmal bei Männern und einmal bei einer Frau konstatiert.

Fall 1. A. J., Koitus vor 14 Tagen. Gelber, eitriger Ausfluß. Urin klar, I mit Flocken. Die Urethra wird etwas härtlich getastet. Das Urethralsekret zeigt Spirochaeta pallida +. Diagnose: Sclerosis urethrae.

Fall 2. B. A., Koitus vor 6 Tagen. Etwas Sekret aus der Harnröhre. Urin I trüb, II klar. Orifizium leicht erodiert. Urethra etwas härter. Sekret: Spirochaeta pallida +. Diagnose: Sclerosis urethrae.

Fall 3. C. U., 14. XI. Koitus vor 2 Monaten. Seit 2 Tagen leichtes Brennen beim Urinieren. Seit heute bemerkt Pat. neben dem Brennen beim Urinieren ein Herumspritzen auf alle Seiten. Urethra im vorderen Teil in Länge von 2—3 cm hart; leicht gelblich-sanguinolentes Sekret. Urin klar. Sekret: Spirochaeta pallida +. Diagnose: Sclerosis urethrae, Oedema penis, Adenopathia inguinalis bilateralis. 14. XI. 0,15 Neosalvarsan intravenös. 15. XI. 1. Hg. sal. (10%), Urethralbeschwerden leichter. WR ++++. 16. XI. 2. Hg. sal., Urinieren gut, langsam, in dünnem Strahl, spritzt nicht mehr herum.

Digitized by Google

17. XI. 0,30 Neosalvarsan intravenös. Heute morgen geht der Strahl beim Urinieren noch seitwärts, seit Mittag normal. 19. XI. 3. Hg. sal., das Ödem zurückgegangen; das Urinieren sehr gut, Urethra zeigt fast keine Härte mehr. 20. XI. 4. Hg. sal., vollkommen in Ordnung, ohne subjektive und objektive Symptome. 21. XI. 0,30 Neosalvarsan intravenös.

Fall 4. B. D., Koitus vor 15 Tagen, 8 Tage später erkrankt. Spirochaeta pallida +. Diagnose: Sclerosis orificii urethrae, Oedema penis, Adenopathia inguinalis bilateralis, Lymphangitis dorsalis penis. Die erfolgreich durchgeführte antiluetische Therapie bestätigte die Diagnose.

Fall 5. A. J., Spirochaeta pallida +. Diagnose: Sclerosis urethrae. WR +. Antiluetische Therapie.

Fall 6. Frau B. Sch. 19. XII. 1919, Mann leidet an Phimosis, Exanthema parvopapulosum, Adenopathia inguinalis. WR ++++. Am 19. XII. bei der Frau subjektiv keine Beschwerden. Aus der Urethra geringes Sekret auszudrücken. Das Sekret zeigt Plattenepithel und indifferente Massen. Urin leicht getrübt. Letzter Koitus am 24. XI. (mit ihrem Manne). 20. XII. WR —. 23. XII. Orifizium leicht geschwollen, zeigt geringes Sekret mit etwas Blut gemengt. 24. XII. Aus der Urethra sanguinolentes Sekret. Orifizium stark geschwollen, eitrig, als ob ein Abszeß bestehen möchte. Urin leicht getrübt. Das rechte große Labium stark geschwollen, ödematös; unter der Haut fühlt man einige voneinander getrennte harte Infiltrate. Sekret: Spirochaeta pallida +. Diagnose: Sclerosis urethrae. 24. XII. 0.30 Neosalvarsan intravenös. 28. XII. Orifizium nicht mehr geschwollen. Geringes Sekret, ganz leicht blutig tingiert. Die Schwellung des Labium zurückgegangen. Kein Ödem. Die Infiltrate ganz geschwunden. 28. XII. 0,30 Neosalvarsan intravenös. 1. I. 1920 0,45 Neosalvarsan intravenös. 29. I. Urin klar. 2. III. und 30. VI. WR —.

Diese 6 Fälle von sicherer Sclerosis urethrae haben ihre ganz besondere Bedeutung. Neben dem sicheren positiven Spirochätenbefund ist die Anamnese in jedem einzelnen Fall ganz verschieden. Wenn man diese Anamnesen als ganz genaue annehmen dürfte, so wären in diesen 6 Fällen die ersten sichtbaren Zeichen zwischen 6 Tagen und 2 Monaten aufgetreten.

Es ist jedoch höchst wahrscheinlich — auch neben der Möglichkeit einer so kurzen ersten Inkubation —, daß die einzelnen anamnestisch angegebenen Kohabitationen (besonders bei dem Fall 2 von 6 Tagen) nicht diejenigen waren, die die Infektion verursachten, vielmehr waren es höchstwahrscheinlich schon frühere, in der Anamnese nicht erwähnte.

Von Bedeutung sind einzelne Fälle (wie Fall 3), welche vom Momente der ersten subjektiven Beschwerden bis zum vollkommenen Schwinden jedes, auch des geringsten objektiven Zeichens beobachtet wurden in bezug auf pathologische und klinische Veränderungen.

Von ganz besonderer Bedeutung ist Fall 6, einer Sclerosis urethrae bei einer Frau, welche zufällig 4 Tage vor Feststellung der Sklerose, mit Rücksicht auf die Krankheit ihres Mannes, untersucht und vollkommen gesund befunden wurde, so daß die nachherigen klinischen Krankheitserscheinungen in ihrem Auftreten genau beobachtet werden konnten.

In den letzten 3 Jahren hatte ich Gelegenheit, noch mehr Urethralsklerosen zu beobachten an dem großen Material der Staatsambulanz für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Belgrad; es war mir leider nicht möglich, nachträglich die Krankengeschichten herauszufinden. Ich werde neben diesen genauen Krankengeschichten meines Privatmaterials immer wieder auf die Erfahrungen zurückkommen, die ich aus meinem Gesamtmaterial gewonnen habe.

In den meisten Fällen sind die subjektiven Beschwerden ganz ge-

Digitized by Google

ringfügig; ein ganz geringes Sekret lenkt erst den Patienten auf die Harnröhre. In den meisten Fällen findet man den Urin klar mit einzelnen Flocken neben leichterem oder auch stärkerem Harnröhrensekret; sehr selten ist der Urin trüb.

In meinen 6 Fällen findet man viermal den Urin notiert, zweimal als klar, einmal als leicht getrübt, einmal trüb.

Man müßte annehmen, daß diese Trübung des Urins, entstanden infolge stärkeren Sekrets, sekundärer Natur ist, weil in den meisten mir bekannten Fällen von Urethralsklerose der Urin klar war, das heißt nicht trüb, aber mit einzelnen Flocken, was auch vollkommen einem luetischen Infiltrat der Harnröhre entspricht, ohne hinzugekommener sekundärer Infektion.

In dieser Richtung ist sehr instruktiv der Fall 3, welcher trotz einer zweimonatlichen Anamnese und eines schon mindestens zwei Wochen bestehenden Primäraffektes der Harnröhre noch immer einen klaren Urin zeigt.

In den meisten Fällen, wo es zu keiner sekundären Infektion kommt, ist ebenso auch die Harnröhre, wenn auch pathologisch verändert, ganz unempfindlich, ohne Schmerzen, ohne die geringsten subjektiven Beschwerden.

Objektiv tastet man fast in jedem einzelnen Fall eine leichte Härte der Harnröhre, welche man entweder im Anfang als leichte Veränderung im Sinne einer stärkeren Konsistenz fühlt, oder als einen Ring, der sich nicht zusammendrücken läßt, oder endlich als längliches, vollkommen hartes Rohr.

Wenn auch diese Konsistenzveränderungen der Harnröhre auf der Basis eines ziemlich großen luetischen Infiltrates entstanden sind, rufen sie trotzdem keinerlei Beschwerden beim Betasten und Zusammendrücken hervor.

In den 3 Fällen, bei denen diese Veränderung der Harnröhre notiert ist, besteht insofern ein Unterschied, als bei den Fällen mit kurzer Anamnese, und demnach auch geringerer pathologischer Veränderung, auch die Harnröhre als leicht härtlich getastet wird, während bei dem einen Fall mit zweimonatiger Anamnese, entsprechend einer stärkeren Veränderung im Sinne eines diffusen Infiltrates, auch die Harnröhre in entsprechender Länge ganz hart getastet wird.

Eine Erscheinung scheint ganz besonders charakteristisch gerade für die Sklerose der Urethra zu sein, nämlich das leicht blutige, sanguinolente Sekret.

Unter dem leichtesten Druck der infiltrierten Stelle, sehr oft auch ohne irgend welchen Druck zum Zwecke des Auspressens und Untersuchens des Sekretes, ist das Sekret in den meisten Fällen sofort leicht sanguinolent. Wenn man zum Untersuchungszwecke die Harnröhre nur ganz leicht zwischen zwei Finger faßt, das erste schleimige oder eitrige Sekret abwischt, bemerkt man sofort das hervortretende Sekret als leicht blutig, entstanden durch leichtes Drücken des luetischen Infiltrates an einer erodierten Stelle. In den meisten Fällen bestätigt so ein sanguinolentes Sekret, neben den anderen Veränderungen, fast mit Sicherheit, daß das Infiltrat ein luetisches ist.

Digitized by Google

In 2 von den 6 Fällen ist das Sekret als sanguinolent bezeichnet, während dies in den übrigen nicht erwähnt ist. In den übrigen Fällen, welche zu beobachten ich Gelegenheit gehabt habe, war fast in jedem Falle immer dieses charakteristische sanguinolente Sekret vorhanden.

Die Untersuchung des Harnröhrensekrets ist ganz einfach. Der erste Sekrettropfen wird mit Watte abgewischt, dann wird ein Deckgläschen an die Harnröhrenmündung gebracht, aus der mit leichtem Druck etwas Sekret ausgepreßt wird, dasselbe wird auf einen Objektträger gelegt und im Dunkelfeld untersucht. In den meisten Fällen sind eine Unmenge frische typische Spirochäten zu erkennen.

Auf diese Weise gefundene Spirochäten bestätigen fast immer auch die Diagnose einer Urethralsklerose im Zusammenhang mit der Anamnese und den anderen Zeichen, mit der Therapie und mit dem allmählichen Rückgange aller Veränderungen, allein durch die Therapie.

Es könnte zwar auch der ganz seltene Fall eines luetischen Harnröhrenenanthems bestehen, welches gleichfalls positive Spirochäten zeigen würde; alle übrigen Veränderungen sprechen aber für eine Sklerose.

In sehr vielen Fällen — von diesen 6 in 3 Fällen — kommt es zu leichtem Ödem als Folgeerscheinung der bestehenden Urethralsklerose, das heißt eines stärkeren Infiltrates. Die oftmalige und schnelle Anschwellung der Inguinaldrüsen bestätigt den raschen Übergang der Spirochäten in die Lymph- und Blutbahn; dieses letzte Moment allein muß sehr in Erwägung genommen werden im Hinblick auf die Abortivbehandlung, und ganz besonders in jenen Fällen, wo lange Zeit bei sicherer pathologischer Veränderung gar keine subjektiven Beschwerden bestehen.

Zwei von diesen Fällen sind von besonderem Interesse; man konnte bei ihnen das allmähliche Schwinden aller Symptome nach angewendeter Therapie genau beobachten und sich retrospektiv eine Vorstellung von ihren allmählichen Auftreten machen. Im Fall 6 konnte sogar genau das allmähliche Entstehen beobachtet werden.

In den meisten Fällen von Urethralsklerose verschwinden die subjektiven Beschwerden sofort nach der ersten Neosalvarsaninjektion; sie sind wie abgeschnitten, wie es auch im Fall 3 notiert ist.

Das immer bessere und leichtere Urinieren, das allmähliche Schwinden des Ödems und der Härte in sehr kurzer Zeit, gibt uns eine Vorstellung, wie allmählich die einzelnen Veränderungen entstehen, immer wieder stärkere Beschwerden und Folgeerscheinungen nach sich ziehend.

Im Fall 6, einer großen Seltenheit einer sicheren Urethralsklerose bei einer Frau, besteht auch der Beweis für die retrospektive Beobachtung, welcher in diesem Fall gar nicht notwendig war, da dieser Fall schon zu einer Zeit beobachtet wurde, wo noch keine pathologische Veränderung bestand.

Daß das allmähliche Schwinden der einzelnen Symptome infolge der Therapie der allmählichen Vernichtung der Spirochäten entspricht, und daß man sich auf diese Weise auch nachträglich ein genaues Bild von dem Entstehen derselben Symptome, bei Fällen wo die Veränderungen ganz frisch sind, vorstellen kann, ist sehr schön bestätigt im Fall 6; 4 Tage vor Feststellung der Sklerose waren keinerlei pathologische Veränderungen

Digitized by Google

nachzuweisen, und ebenso waren 4 Tage nachher fast alle Erscheinungen infolge der Therapie zurückgegangen. Sehr instruktiv sind die Veränderungen in der Urethra, welche 3 Tage vorher ganz normal, 3 Tage nachher deutliche pathologische Veränderungen und das charakteristische sanguinolente Sekret zeigte. Nach weiteren 24 Stunden waren die lokalen Veränderungen viel stärker, und was das wichtigste ist, es waren auch pathologische Veränderungen am rechten Labium, in Form deutlicher Infiltrate, entstanden, offenbar durch eingewanderte Spirochäten in das Lymph- oder Blutgebiet der Labien. Nach einer Neosalvarsaninjektion, welche sicher eine direkte spezifische Wirkung gehabt hat, sind in kürzester Zeit alle Erscheinungen geschwunden, so daß am 4. Tag fast gar nichts mehr zu sehen war. In diesem Falle besteht außerdem auch die Möglichkeit, daß im ganzen drei Neosalvarsaninjektionen oder eventuell auch nur eine, die erste, abortiv angewendet, einen vollkommenen Erfolg gehabt haben. Die WR nach 3 und 6 Monaten zeigt ständig ein negatives Resultat. Bei ungenügender Behandlung wäre die Reaktion zweifellos in dieser Zeit schon längst positiv geworden, immerhin auch bei bestehendem negativen Resultat mit einer absoluten Sicherheit nie die Möglichkeit einer späteren zentralen pathologischen Veränderung ausschließend, wenn der Fall ohne weitere Behandlung und Kontrolle sich selbst überlassen bleibt. Die in allen übrigen Fällen durchgeführte kombinierte Behandlung bringt alle sichtbaren Krankheitszeichen sehr schnell zum Schwinden.

Wenn alle Momente für die Vornahme einer Abortivbehandlung sprechen, muß man sie durchführen; man soll aber auf Grund der erwähnten, in wenigen Tagen sich rasch entwickelnden Infiltrate, mit den voreiligen Annahmen eines absoluten Heilerfolges sehr vorsichtig sein.

Neben diesen Fällen sicherer Urethralsklerose ohne besondere Komplikation will ich noch einzelne Fälle mit verschiedenen Veränderungen erwähnen, sowie solche, die von differentialdiagnostischem Interesse sind.

Fall 7. P. V., Koitus vor 30 Tagen, 20 Tage krank. Gelblicher Ausfluß. Urin I leicht getrübt, II klar. Diagnose: Sclerosis duae in sulco coronario, Sclerosis urethrae, Adenopathia inguinalis sinistra, Oedema praeputii.

Die kombinierte antiluetische Therapie führte sehr schnell zum Ziel und bestätigte infolge des schnellen vollkommenen Schwindens aller urethralen Symptome die gestellte Diagnose einer Urethralsklerose.

Fall 8. F. K. Diagnose: Sclerosis urethrae. Urin klar. Papulae ad anum.

Die antiluetische Therapie erfolgreich und schnell durchgeführt, bestätigt auch in diesem Fall nachträglich die Diagnose einer Urethralsklerose.

Drei weitere Krankengeschichten werde ich in Kürze erwähnen wegen der Wahrscheinlichkeit einer Urethralsklerose, wenn auch die sichere Diagnose infolge negativen Spirochätenbefundes nicht gestellt werden konnte.

Fall 9. M. L., Koitus vor 4 Tagen; die Infektion muß selbstredend schon früher erfolgt sein. Gelber Ausfluß. Die Harnröhre härter als normal. Lymphangitis dorsalis penis, Adenopathia inguinalis dextra. Im Dunkelfeld konnte keine Spirochaeta pallida im Urethralsekret gefunden werden.

Ein einmaliger negativer Befund schließt nicht aus, daß Spirochäten trotzdem vorhanden sind; leider ist Patient zur nochmaligen Untersuchung nicht erschienen.

Digitized by Google

Wenn nachträglich die luetische Natur dieser Veränderungen sich bestätigt hätte, wäre dieser Fall wegen des negativen Spirochätenbefundes lehrreich, da sonst bei Urethralsklerosen stets zahlreiche Spirochäten zu finden sind.

Fall 10. V. P. 10. IV. Die einzige Veränderung, die Pat. zeigt, ist ein Oedema praeputii. 14. IV. Ödem viel stärker. Orifizium viel härter als normal. Der Urin fast vollkommen klar mit Flocken. 15. IV. Das Urethralsekret zeigt im Dunkelfeld keine Spirochäten.

Dieser Fall, wenn auch ohne Anamnese und ohne positiven Spirochätenbefund, würde dem klinischen Bilde nach einer beginnenden Urethralsklerose entsprechen.

Fall 11. T. S., Koitus vor 9 Tagen, 6 Tage krank. Starker gelber Ausfluß, leicht blutig. Urin I trüb, II klar. Glans penis gerötet, leicht ödematös. Leichtes Oedema praeputii, Adenopathia inguinalis in der Größe einer Haselnuß.

Wenn auch im Dunkelfeld keine Spirochäten zu finden waren, kann man mit Wahrscheinlichkeit annehmen, daß in diesem Falle eine Urethralsklerose besteht.

Einigermaßen ähnlich diesen Veränderungen und von ganz besonderem Wert wegen der Differentialdiagnose sind sehr oft Veränderungen der Harnröhre infolge Ulcus molle oder Gonorrhoe.

4 Fälle werde ich mit ähnlichen Veränderungen erwähnen, von denen 2 infolge eines Ulcus molle der Harnröhre und 2 nach einer Gonorrhoe entstanden sind.

Fall 12. T. M., Koitus am 28. XI. 4. XII. Ulcus molle urethrae et praeputii. 26. I. Spirochäten negativ. 26. I. und 9. III. WR negativ. 2. IV. Diagnose: Infiltratio et Cicatrix fossae navicularis et orificii urethrae post Ulcus molle.

Wenn in diesem Falle die Krankengeschichte nicht bekannt wäre mit sicherem Ulcus molle in der Harnröhre, könnte man sehr leicht an eine Urethralsklerose denken.

Bei Ulcus molle der Harnröhre besteht meist auch ein Ulcus molle an den äußeren Geschlechtsteilen; neben starkem eitrigen Ausfluß mit sicherem bakteriologischen Befund lassen die ulzerösen Veränderungen in der Harnröhre, insofern sie zu sehen sind, sehr leicht ein typisches Ulcus molle erkennen.

Fall 13. S. R., Koitus vor 2 Monaten. Längere Zeit krank. Leichter Ausfluß. Secretio ex urethra. Infiltratio orificii urethrae. Oedema penis. Bubonulus radicis penis.

Der schnelle Erfolg der Jodoformtherapie neben der Inzision des Bubonulus hat vollkommen die richtige Diagnose bestätigt: Ulcus molle urethrae mit Komplikationen (Induratio, Ödema, Bubonulus).

Fall 14. M. B. Oedema orificii urethrae. Oedema indurativum labii minoris.

Der positive Gonokokkenbefund, die übrigen gonorrhoischen Komplikationen und der Erfolg der Trippertherapie schlossen die Diagnose einer beginnenden Sclerosis urethrae vollkommen aus.

Wegen der Differentialdiagnose ist dieser Fall sehr wertvoll.

Fall 15. H. V., 4 Wochen krank. 14. III. Leicht gelblicher Ausfluß. Urin I leicht getrübt, II klar. Orificium urethrae etwas härter. 15. III. Gelber Ausfluß. Urin trüb. Gonokokken +.

Der positive Gonokokkenbefund bestätigte nachträglich die Diagnose. In diesem Falle führte der hinter dem Orifizium lokalisierte gonorrhoische Prozeß zu leichtem Ödem und leicht verhärtetem Orifizium.

Diese 4 letzten Krankengeschichten erwähnte ich hier nur wegen der diagnostischen Schwierigkeiten, welche sich durch anderweitige Ver-

Digitized by Google

änderungen in der Harnröhre ergeben können, die aber sehr rasch durch den positiven Streptobazillen- oder Gonokokkenbefund, sowie durch die sicheren klinischen Symptome vollkommen beseitigt werden können.

Der positive Spirochätenbefund mit den übrigen typischen Veränderungen, wie sanguinolentes Sekret, meist klarer Urin, leichtes Ödem und rasch anschwellende Leistendrüsen, nicht minder das nachträgliche vollkommene Verschwinden aller Symptome im Gefolge antiluetischer Therapie, ergeben die sichere Diagnose einer Sclerosis urethrae.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Februar 1922.

Originalbericht von Dr. L. Kleeberg-Berlin.

Krankenvorstellungen.

1. Halberstaedter zeigt einen 68jähr. Mann, der in den Jahren 1910—1911 wegen seiner **Psoriasis** in mehreren Serien mit Röntgen bestrahlt worden ist. Seit 1914 zeigten sich Veränderungen an den Händen. 1919 mußte wegen **Röntgenkarzinom** die linke Hand entfernt werden. Seit 1921 zeigten sich auch in der rechten Hohlhand Teleangiektasien und hyperkeratotische Veränderungen, auf dem Dorsum besteht ein erbsengroßer papillomatöser Tumor. Das Krankheitsbild gleicht ganz den Erscheinungen, die wir als Berufsschädigungen der Röntgenologen kennen. Zur Behandlung des präkankerösen Stadiums empfiehlt Holzknecht Radium.

Diskussion: Blumenthal warnt vor kritikloser Anwendung der Röntgentherapie bei Psoriasis, vor allem an den Extremitäten. Auch bei richtiger Dosierung lassen sich bis jetzt Spätschädigungen der Haut nicht immer vermeiden.

B. erwähnt noch eine Beobachtung, wo bei einem Psoriasisrezidiv die vom Bleiglastubus umfaßte Stelle ausgespart blieb.

Saalfeld erinnert an seine Mitteilung vom Entstehen eines Karzinoms bei Psoriasis ohne Röntgentherapie.

Aus der Universitäts-Hautklinik.

2. Löhe demonstriert:

a) einen 21jähr. Mann mit ausgedehnter **Tuberkulose der Zunge.** Früher auf eine angeblich positive WR hin ohne Erfolg mit 7 Neosalvarsaninjektionen behandelt. Jetzt WR —. Offene Lungentuberkulose (Kaverne). Pirquet +. Ausgedehnte Infiltration an der linken Zungenhälfte — Zunge ist um das Doppelte verdickt — Miliare meist konfluierende Ulzerationen; am linken Zungenrand größere Ulzerationen entsprechend den Molaren. Die Zunge ist unbeweglich, nach rechts ist die Infiltration und Ulzeration unscharf begrenzt.

L. erinnert noch an ähnliche Fälle, wo nach Salvarsan und Jodkali eine Verschlimmerung des Prozesses auftrat.

b) 45jähr. Frau mit Lungentuberkulose und **tuberkulösem Ulkus auf der Zungenmitte** (miliare Abszesse am Rande). Auf dem Grunde des Geschwürs sieht man eine Narbe. Rest eines luetischen Ulkus, das unter antisyphilitischer Therapie 1920—1921 abheilte.

Diskussion: Rosenthal weist auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Lues der Mundhöhle hin, vor allem zu der Zeit, wo die WR noch nicht bekannt war.

3. Hein zeigt mehrere Kinder mit **Pityriasis lichenoides chronica** mit lokalisiertem **Leukoderm** am Hals und **universellem** Leukoderm und weist auf das Vorkommen von hämorrhagischen Effloreszenzen an den unteren Extremitäten hin. Nach Höhensonnenbestrahlung war das Leukoderm deutlicher geworden.

Diskussion: Heller zweifelt und glaubt, daß es sich in einem der vorgestellten Fälle um einfache Psoriasis handeln kann; er gibt zu bedenken, ob das Leukoderm

Digitized by Google

nach Höhensonnenbestrahlung nicht einfach dadurch vorgetäuscht sein kann, daß die Parapsoriasispapel als Lichtfilter gewirkt hat, die Peripherie stark pigmentiert und das Zentrum nach Entfernung der Parapsoriasisschuppe später hell erscheint.

Hein weist demgegenüber darauf hin, daß ein deutliches Leukoderm bei dem mit Höhensonne behandelten Kind auch am Hals besteht, wo nicht mit Licht bestrahlt worden war; außerdem zeigen andere Kinder ein deutliches Leukoderm, die überhaupt nicht bestrahlt waren.

Pulvermacher sah ebenfalls Depigmentierung bei Parapsoriasis.

Sklarz weist auf die Atrophie der Leukodermflecke hin und auf das Fehlen einer Cutis anserina an diesen atrophischen Stellen; am ganzen übrigen Körper besteht sonst eine Cutis anserina.

Frau Kaufmann-Wolf berichtet:

a) daß es sich bei dem am 10. I. 1922 demonstrierten Fall von **Favus** um ein Achorion Quinkeanum gehandelt hat;

b) demonstriert einen weiteren Fall von **Atrophia cutis.** 40jähr. Frau mit diffuser Atrophie (rechte Hand lilarot verfärbt, gerunzelt, gallertige Veränderung der Haut, daneben typischer, über zweimarkstückgroßer Herd von makulöser Hautatrophie über dem Olekranon. Pirquet negativ. Wassermann negativ.

Diskussion: Heller weist darauf hin, daß man bei den Hautatrophien zwischen Formen, die man am besten zu den Nävi rechnet, und zwischen angioneurotisch-trophischen Formen unterscheiden muß; andere Formen sind wieder als Endstadium einer Entzündung aufzufassen.

Frau Kaufmann-Wolf: Auf die viel diskutierte Genese der Hautatrophien einzugehen, war nicht die Absicht dieser Demonstration. K. meint, daß die Bezeichnung Dermatitis für diese Fälle zutreffender sei.

5. Gottron zeigt:

a) ein Kind mit **Pemphigus serpiginosus.** Ausgedehnte erythematöse, meist scharf begrenzte Herde, mit Gruppen von großen und kleinen Blasen, an anderen Stellen wieder nässend oder mit Krusten bedeckt. Befallen ist der ganze Körper; vor allem das Gesicht. Während der Beobachtungszeit war das Kind nie frei von Erscheinungen; jeder neue Schub erfolgte unter Fieberanstieg. Bluteosinophilie 25%. Eosinophilie auch in den Blasen. Auf eine scharfe Abgrenzung dieses Krankheitsbildes von der Dermatitis herpetiformis soll nicht eingegangen werden.

Diskussion: Kleeberg würde das Krankheitsbild für eine charakteristische Dermatitis herpetiformis halten. Er empfiehlt zur Klärung die von Jadassohn zuerst bei Dermatitis herpetiformis angegebene Provokation mit Jodkali (äußerlich als Salbe oder intern).

b) Knaben mit **symmetrischer Erythrokeratodermie** (kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie Jadassohns). An Ohrläppchen, Kinn, Ellenbeugen, Kniekehlen rötlich-braune, scharf umschriebene z. T. strichförmig angeordnete hyperkeratotische Herde. Hyperkeratose der Volae et plantae. Pityriasis rubra pilaris ist wegen des Fehlens der follikulären Hyperkeratose abzulehnen.

Pulvermacher erinnert an die von ihm und von Bruhns hier vorgestellten Fälle von Erythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie (Brocq).

6. Heyn zeigt einen **Tripperkranken**, der plötzlich mit Schmerzen in der rechten Hüfte erkrankte. Hüftgelenk selbst ist frei (blennorrhoische Arthritis ist auszuschließen). Prostata, Samenblasen o. B. Rechtes Bein in Außenrotation. Abduktion jetzt frei, früher eingeschränkt. Innenrotation behindert. Rechte Gesäßhälfte geschwollen. Kinderhandgroße Druckempfindlichkeit in Höhe des Foramen ischiadicum minus. Bei rektaler Untersuchung findet man an der rechten Wand des kleinen Beckens eine diffuse, äußerst druckempfindliche, teigige Schwellung, die gegen das Sakrum spindelförmig ausläuft. Die Punktion vom Rektum ergab keine Flüssigkeitsansammlung. Es handelt sich mit größter Wahrscheinlichkei thiernach um eine isolierte blennorrhoische Erkrankung des Musculus obturator internus (Synovitis der Bursa mucosa).

7. Überschaer demonstriert einen Mann mit **Recklinghausenscher Krankheit** (Überwiegen der Pigmentierung).

8. Finkenrat zeigt eine Frau mit Lupus, die vier Tage nach einer **Friedmann-Injektion** mit **Höhensonne** bestrahlt wurde, bei der es fünf Tage später zum Ausbruch eines über Rumpf, Hals und Oberschenkel verteilten Exanthems kam, das am Hals und Rumpf einem papulo-nekrotischen Tuberkulid gleicht; in den Nekrosen keine Leukozyten, Tuberkelbazillen negativ, an den unteren Extremitäten bestehen blauviolette Flecke,

Digitized by Google

die auf Glasdruck verschwinden. Auffallend ist auch das Auftreten von Effloreszenzen in unmittelbarer Umgebung der alten Lupusherde.

F. faßt das Exanthem als eine **Acne cachecticorum** auf und sieht hierin eine dem Tuberkulin gleichende spezifische Reaktion des Friedmannschen Mittels (vergl. Demonstration Blumenthals, Auftreten eines Lichen scrophulosorum nach Friedmann-Injektion).

Fischer sah die Verschlimmerung einer Iritis — unklarer Ätiologie — nach Friedmann-Injektion.

Mitteilungen aus der Literatur.

Maligne Neubildungen.

Chirurgische Endothermie bei malignen Neubildungen und präkanzerösen Zuständen (Surgical Endothermy in Malignancy and Precancerous Conditions), von George A. Wyeth-New York. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 7.) Die Operationsmethode ist außerordentlich wirksam und radikal, von guter Prognose in bezug auf Metastasen und Rezidive. Sie ist fast unblutig, die Wunden heilen sehr schnell und schmerzlos mit gutem kosmetischen Resultat. Die wirksame Hitze wird durch den Widerstand bewirkt, den die Gewebe dem Hochfrequenzstrom entgegensetzen. Zur Anwendung kommt a) Austrocknung durch Verwendung des Oudinschen monopolaren Stromes (hohe Spannung, geringe Stromstärke), leichtere Methode, zur Zerstörung von Neubildungen der Stimmbänder, Papillomen, Warzen, Mälern, Nävi, Leukoplakie, weicheren Hautepitheliomen; b) Koagulation durch Verwendung des d'Arsonvalschen bipolaren Stromes (verhältnismäßig geringe Spannung, große Stromstärke), mehr in die Tiefe dringend, von größerer Intensität bei Affektionen der Lippen, Alveolen, Zunge, des Mundbodens, Gaumens, Wangenschleimhaut, ausgedehnteren Hautaffektionen. Als aktive Elektrode wird eine gewöhnliche Näh- oder Stopfnadel verwendet.

E. Levin-Berlin.

Über einen Fall von angeborener allgemeiner Sarkomatose, von E. Schlossmann-Düsseldorf. (Frankf. Zschr. f. Path., 1921, Bd. 25, H. 3, S. 486—496.) Es handelt sich um ein 3 Stunden altes Neugeborenes, das an seiner äußeren Haut und in fast allen inneren Organen eine Unzahl kirschkern- bis markstückgroße, weißliche, derbe Knoten aufweist. Besonders bevorzugt sind Haut, Darm, Magen, Rippen. Die Leber ist von einer großen Zahl weißlicher Stränge durchzogen. Die Knoten sind zusammengesetzt aus dicht gedrängten Zellen mit großem, unregelmäßig gebautem Kern und schmalem Protoplasmaleib. Für Leukämie spricht allein die Tatsache, daß ein Primärtumor nicht mit Sicherheit nachzuweisen ist, ferner die zahlreichen, zerbröckelnden Kerne, die den Eindruck von Leukozytenkernen machen. Gegen Leukämie spricht das normale Verhalten der Milz und des Blutbildes. Als Tumor kommt nur Sarkom in Frage, da die Geschwulstknoten einen Aufbau aus Zellen ohne Ausbildung von Interzellularsubstanz aufwiesen. Als Sitz des Primärtumors zeigte der Kopf des Pankreas die schwersten Veränderungen. Auch die Ausbreitung der Geschwulstmassen in der Leber entlang dem periportalen Bindegewebe spricht dafür, daß der Primärtumor im Bereich der Pfortader liegt. Da diese sich erst in der zweiten Hälfte der Fötalzeit zu dem wichtigen Transportweg zwischen Darm und Leber entwickelt, kann die Matastasenbildung erst in dieser Zeit erfolgt sein.

H. Soltmann-Leipzig.

Das Wesen eines Falles von Hodgkinscher Krankheit, von Ludwig Merk-Innsbruck. (Virch. Arch., Bd. 230, S. 139—145) Merk beschreibt einen Fall von Hodgkinscher Krankheit, bei dem er im gefärbten sowohl wie im frischen Ausstrichpräparat von Punktionssaft aus dem Achsellymphknoten pflanzliche Gebilde fand, und kommt zu dem Schlusse, daß es sich im vorliegenden Falle um eine Thallophyllie handelt.

E. Wolf-Braunschweig.

Lymphosarkomatose mit Beteiligung der Brüste bei einem Gynäkomasten, von Rudolf Schön, Path. Inst. Heidelberg. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 25, H. 1, S. 112—123.) Verf. beschreibt genau einen Fall von Lymphosarkomatose bei einem Gynäkomasten und kommt zu dem Schluß, daß vielleicht ein Zusammenhang zwischen der Pathogenese der Mißbildung und der Geschwulstbildung durch die Thymus besteht, indem entweder direkt die der Gynäkomastie zugrunde liegende Veränderung zugleich

Digitized by Google

der Mutterboden der Tumorbildung ist, oder indirekt die Anomalie, welche die Gynäkomastie veranlaßte, einen Wachstumsreiz auf das lymphatische Gewebe oder einen Fortfall sonst vorhandener Hemmung erzeugte. G. Assmann-Kiel.

Untersuchungen über die Ätiologie der Lymphogranulomatosis (Sternberg), von A. Lichtenstein. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 24, Ergänzungsheft, S. 529—635.) Aus der genauen bakterioskopischen, zum größten Teil auch tierexperimentellen und kulturellen Untersuchung von 20 Fällen von Lymphogranulomatosis ergibt sich folgende Pathogenese für diese Erkrankung. Bei einem Individuum, dessen lymphatischer Apparat in irgend einer Weise von der Norm abweicht, wird das lymphoide Gewebe irgendwo mit Tuberkelbazillen infiziert. Es kommt zur Hyperplasie des lymphoiden Gewebes, die stark vermehrten Lymphozyten greifen die eingedrungenen Tuberkelbazillen an und die Lymphozytenlipase beraubt diese ihrer Säurefestigkeit und ändert ihre biologische Wirkung. Durch die bakterizide Kraft der Lymphozyten wird ein Teil der Tuberkelbazillen vernichtet, die Aggressivität der übrigen abgeschwächt. Als Reaktion auf die Toxine der veränderten Tuberkelbazillen entsteht das eigenartige granulomatöse Gewebe ohne käsige Nekrosen, aber mit narbiger Bindegewebsneubildung. Infolge der konstitutionellen Eigentümlichkeit breitet sich der Prozeß im ganzen lymphatischen Apparat aus. Typisch tuberkulöse Gewebsveränderungen zeigen sich bei Virulenzsteigerung der Bazillen, besonders gegen Ende der Krankheit durch die Abnahme der Widerstandsfähigkeit des Organismus, wobei es in manchen Fällen auch zur Miliartuberkulose kommen kann.
G. Assmann-Kiel.

Krankheiten des Mundes.

Die schwarze Haarzunge (Langue noire villeuse), von Henri Roger. (Gaz. des hôp., 1921, Nr. 80.) An Hand eines Falles Besprechung der Theorien über Ätiologie, Pathogenese, Diagnose usw. In diesem Falle war Jodkalium wirksam.
E. Levin-Berlin.

Über die moderne Behandlung der Pyorrhoea alveolaris, von Walter Reinhold. (Diss., Rostock 1919.) Das Frühsymptom der Alveolarpyorrhoe ist eine marginale Gingivitis. Gelegentlich treten auch schon zu Beginn ziehende Schmerzen im ganzen Körper auf. Die Alveolarpyorrhoe kann aus einer Stomatitis ulcerosa hervorgehen, nachdem diese das Ligamentum circulare zerstört hat. Der Erreger ist nach Kolle die Spirochaeta pyorrhoica. Behandlung mit 2—3—5 intravenösen Salvarsaninjektionen 0,3—0,45. Daneben lokale Behandlung notwendig. F. Weiler-Leipzig.

Über örtliche Infektion der Hand mit Maul- und Klauenseuche, von A. Israel-Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1921, Bd. 116, H. 3, S. 453—459.) Es gibt klinisch 2 verschiedene Formen der Maul- und Klauenseucheninfektion der Hand. 1. Die aphthöse Form, welche durch das Auftreten von weißen Bläschen, die platzen und eine Ulzeration hinterlassen, charakterisiert ist. 2. Die infiltrierende hämorrhagische Form, bei der blaurot verfärbte kugelige Infiltrationen mit zentraler Aufhellung auftreten. Behandlung konservativ. M. Rehbein-Hamburg.

Eine septische Stomatitisform, von P. Widowitz-Graz. (M. m. W., 1921, Nr. 28, S. 871.) Verf. beschreibt ein Krankheitsbild der Stomatitis bei 3 Kindern, die durch ihre Komplikation mit septisch-toxischen Hautveränderungen und Pleuraempyem in den 3 beobachteten Fällen besonders bemerkenswert ist. Gegen jede Behandlung trotzend, unterscheidet sich diese Stomatitis von den sonst zur Beobachtung gelangenden Formen. Die bakteriologische Untersuchung konnte keine Klärung in den Fällen geben.
E. Langer-Berlin.

Dermatomykosen.

Ein Fall von Sporotrichose, von A. Geiger, Städt. Krankenhaus in Karlsruhe. (D. m. W., 1921, Nr. 45, S. 1363.) Oberhalb zweier Quetschwunden bildeten sich 6 bis 8 Wochen nach dem Unfall 2 Knoten, die sich in Geschwüre umwandelten. Drei Monate später traten am Ober- und Unterarm 4 Knoten auf, die langsam erweichten. Die Ulzera von gummaähnlichem Aussehen, auf der Unterlage gut verschieblich, indolent. Sekret schleimig, fadenziehend, Umgebung der Ulzera wenig infiltriert, hellviolett verfärbt. Kubitaldrüse tastbar. Drei Geschwüre durch derbe, indolente Lymphstränge verbunden. Differentialdiagnose zwischen Gumma und Tuberkulose: Sporotricha konnten nicht kulturell nachgewiesen werden. Therapie: Umschläge mit Jod-Jodkalilösung und innerlich 3—4 g Jodkali pro die. F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

Die Geschichte und Therapie der Aktinomykose, mit besonderer Berücksichtigung der Zeit vor der Entdeckung des Pilzes, von Ernst Stoffel. (Veter.-med. Diss., Leipzig-Dresden 1919.) Geschichte und Therapie der Aktinomykose des Rindes. F. Weiler-Leipzig.

Sporotrichotisches Granulom und vitale Färbung, von Giuseppe d'Agata. (Virch. Arch., Bd. 230, S. 667—673.) d'Agata hat zwecks Studium der Histogenese und inneren Struktur des sporotrichotischen Granuloms Ratten und Mäusen Kulturen des Sporotrichum Beurmanni ins Peritoneum injiziert. Die sich bildenden Knötchen bestehen in ihrem zentralen Teil aus polynukleären Zellen, an der Außenseite dieser Mittelzone befindet sich eine Schicht Epitheloidzellen. Peripherisch zu dieser Schicht folgt eine Reaktionszone aus Bindegewebe embryonaler Natur, fibroblastischen Elementen und anderen lymphoiden Charakters. Diese 3 Schichten lassen sich deutlich darstellen dank ihrer verschiedenen Affinität zu Sudan III. Knötchen bei Tieren, die etwa 2 bis 3 Monate nach der Einspritzung getötet worden sind, zeigen eine ausgesprochene Neigung zur allmählichen Verkalkung. Rings um die aus körnigem Detritus bestehende Zentralzone findet sich dann ein kreisförmiges Geflecht von dicken Bindefasern und um dieses herum eine Infiltration besonders um die Gefäße und die neugebildeten Kapillaren. Sodann untersucht d'Agata das Verhalten der histiogenen Wanderzellen, wie Goldmann jene sich vital so stark färbenden Zellelemente nannte, im sporotrichotischen Knötchen und findet eine starke Reaktion dieser histiogenen Wanderzellen. Sie neigen leicht zur Hypertrophie und lipoiden Degeneration und tragen zum körnigen Detritus der Zentralzone bei, wo sich noch gut erhaltene Mikroorganismen vorfinden können.
E. Wolf-Braunschweig.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Ein schnelles und sicheres Verfahren zur Kopflausbeseitigung, von Walter Schnell-Halle. (D. m. W., 1921, Nr. 42, S. 1264.) Verf. empfiehlt, 5—10 ccm Essigäther unter einer luftdicht abschließenden Haube „Hyg" $^1/_2$ Stunde lang verdunsten zu lassen, die toten Läuse und Nissen durch Auskämmen zu entfernen und nach 8 Tagen nochmals mit der Haube zu behandeln. F. Harry-Berlin.

Über Skabies in der Türkei im Weltkriege, von F. W. Oelze-Leipzig. (M. Kl., 1921, Nr. 21.) Infolge der ungünstigen Lebensverhältnisse (enges Zusammengedrängtsein, Mangel an Kleidung), erreichte die Skabies im türkischen Heere eine ungeheure Ausdehnung. Bei einem Trupp von 300 Mann, die von der anatolischen Front kamen, fand Verf. etwa 90% mit Krätze behaftet. Dabei hat das postskabiöse Ekzem massige Dimensionen angenommen, und bei vielen der durch Hunger und Strapazen aller Art erschöpften Soldaten hat somit die Krätze den Tod merkbar beschleunigt oder gar veranlaßt. Zur Behandlung leisteten die zur Verfügung stehende Schwefelsalbe sowie das Perugen zwar gute Dienste, aber es war die Gefahr einer Neuinfizierung immer kaum zu vermeiden. Besonders bemerkenswert war die Eosinophilie, die bei manchen Fällen bis zu 15 und 25% (!) anstieg. Allerdings war hierbei die Möglichkeit des Vorhandenseins von allerlei Darmschmarotzern auch durchaus nicht auszuschließen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den opsonischen Index für Staphylokokken im Blutserum von Skabieskranken, von W. Löwenfeld-Wien. (M. Kl., 1921. Nr. 28, S. 849—851.) Die allgemein bekannte Beobachtung, daß bei Skabieskranken zwar sehr leicht an der Haut Eiterungen entstehen, daß dieselben aber fast nie ein Tieferwuchern aufweisen und nach Beseitigung der Parasiten sehr schnell zur Heilung gelangen, sucht L. durch das Verhalten des opsonischen Indexes zu erklären. Prüfungen des Blutserums von 30 Krätzekranken nach den von Wright aufgestellten Prinzipien ergaben ihm 28mal eine erkennbare, wenn auch im allgemeinen nicht sehr erhebliche Erhöhung des O. I. gegenüber Staphylokokkenkulturen. Die Werte schwankten im Durchschnitt zwischen 1 und 2; 5mal wurde 2 und darüber erreicht, und der höchste unter den erhobenen Werten betrug 2,76. Es wird dabei hervorgehoben, daß die Steigerung des O. I. sich wohl schon früh einstellt, andererseits aber auch durch monatelanges Bestehen der Dermatose keine besondere Steigerung zu erfahren scheint. Bei 2 Proben war eine leichte Herabsetzung nachzuweisen, wofür verschiedene Erklärungsmöglichkeiten bestehen. Die geschilderte Erhöhung des O. I. deutet Verf. als den Ausdruck einer erhöhten Reaktions- und Abwehrkraft des Organismus, wobei es aber zu einer eigentlichen Immunität nicht kommt.

Digitized by Google

In ähnlicher Weise hat Jesionek den Gedanken ausgesprochen, daß durch Stoffwechselprodukte oder Gifte der Krätzmilben eine Zustandsänderung des Organismus erfolgt, welche ihn befähigt, auf Infektion mit Staphylokokken (und vermutlich ebenso mit Streptokokken) in eigenartiger Weise zu reagieren. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Die Beziehungen zwischen Herpes zoster und Varizellen (The Relation of Herpes Zoster to Chickenpox), von Walter M. Kraus. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 3.) Es sprechen verschiedene Tatsachen für eine gemeinsame Ursache der beiden Krankheiten, besonders wenn sie innerhalb 21 Tagen nacheinander auftreten. Die Folge Herpes zoster—Varizellen ist häufiger als die umgekehrte. Diagnostische Schwierigkeiten können sich durch das Vorkommen generalisierter Herpeseruptionen und lokalisierter Varizellen ergeben. Bemerkenswert sind Fälle, in denen in naher Berührung stehende Personen entweder an derselben oder die eine an der einen, die andere an der anderen der beiden Krankheiten erkranken. Beachtenswert ist ihre Vorliebe für eine ähnliche Lokalisation, ihre Pathologie ist fast identisch (abgesehen von der Neigung des Zosters zu einseitigem Auftreten). Ein ausführliches Verzeichnis der Literatur von 1893 bis 1921 ist beigefügt. E. Levin-Berlin.

Bemerkungen über die Epidemiologie von Masern und Influenza (Notes on the Epidemiology of Measles and Influenza), von J. W. Crerar-Maryport. (Edinburgh J., 1921, Bd. 27, Nr. 4.) Ohne dermatologisches Interesse. E. Levin-Berlin.

Über das Verhalten des Blutbildes bei Mischinfektion von Masern und Keuchhusten, sowie über einen Fall von Masern ohne Exanthem, von E. Cohn-Hamburg-Barmbeck. (D. m. W., 1921, Nr. 45, S. 1357.) Das Blutbild zeigte, nachdem vorher das Keuchhustenblutbild vorhanden war, am Tage des Exanthemausbruchs Leukopenie. Die Lymphozytose wich der Vermehrung der Polynukleären, ferner trat eine Verschiebung nach links auf. Nach Abklingen des Masernexanthems war das Keuchhustenblutbild wieder hergestellt. Verf. berichtet ferner über einen Masernfall ohne Exanthem und Koplikssche Flecke bei einem spasmophilen Kind mit Aplasie und Thymus. F. Harry-Berlin.

Nichtübertragung der Masern in den ersten Lebensmonaten (Non contagion de la rougeole dans les premiers mois de la vie), von Weill und Bocca. (Soc. méd. des Hôp. de Lyon, Sitzung vom 3. V. 1921. — Lyon méd., 1921, Bd. 130, Nr. 16.) Gelegentlich einer in einer Krippe ausgebrochenen Epidemie wurde festgestellt, daß von 33 in einem, in abgeschlossene Boxen geteilten Saale befindlichen Kindern 22 erkrankten, die sämtlich im Alter von über 6 Monaten waren, während die anderen 11 im Alter von unter 6 Monaten verschont blieben. E. Levin-Berlin.

Über Masern-Schutzimpfung, von F. Glaser und H. Müller-Berlin-Schöneberg. (M. Kl., 1921, Nr. 22.) Auf der Kinderabteilung in einem Saal mit 22 Kranken haben Verff. das von Degkwitz an der Pfaundlerschen Klinik zuerst angewandte Masernschutzserum mit gutem Erfolg erprobt. Ein Krankheitsfall hatte die Infektion eingeschleppt. Von den 22 Kindern hatten 5 schon Masern überstanden und wurden auch nicht weiter affiziert. Von den übrigen 17 konnten 7 rechtzeitig geimpft werden, und diese blieben verschont, während die anderen 10, welche aus Mangel an Serum gar nicht oder erst zu spät geimpft wurden, alle an Masern erkrankten. Das Serum wurde von Masern-Rekonvaleszenten am 7.—9. Tage nach der Entfieberung gewonnen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Urtikaria bei Scharlach, erwähnenswerte Mumpskrankheitserscheinungen, Angina follicularis bei Stomatitis aphthosa, von A. Soucek-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 38, S. 1637.) Verf. berichtet von einem Fall, bei dem während eines bereits im Abheilen begriffenen Scharlachexanthems eine Urtikaria infolge Genusses von Erdbeermarmelade zum Ausbruch kam, ferner über einen Fall von Mumps mit einer eine volle Woche dauernden Untertemperatur und Pulsverlangsamung, ferner über einen Fall von Mumps, bei dem 10 Tage nach dem Mumps eine Pankreatitis auftrat, und schließlich über einen Fall von Stomatitis aphthosa verbunden mit einer eigentümlichen follikulären Angina. G. Assmann-Kiel.

Inokulationsversuche mit Scharlach (Experimental Inoculations in Scarlet Fever), von G. F. Dick und G. H. Dick. (J. Am. m. Ass., 1921, Bd. 77, Nr. 10, S. 782—785.) Die Inokulationsversuche haben keinen positiven oder irgendwie typischen Erfolg gehabt. E. Sklarz-Berlin.

Digitized by Google

Flecktyphusepidemie in Riga in den Jahren 1918—1920, von S. Feinmann-Riga. (Zbl. f. Bakt., Bd. 87, H. 1.) Die Epidemie wurde von Rußland eingeschleppt. Neue Epidemieherde bildeten sich in den Quarantänestationen, Gefängnissen, Armenhäusern und Gefangenlagern. Die Jahreszeit hatte keinen Einfluß auf die Dimensionen der Epidemie. Beide Geschlechter wurden zu gleichen Teilen betroffen. Besonders stark trat die Seuche unter 15—30jähr. Leuten auf. Kein Lebensalter blieb von der Krankheit verschont. In 3 Fällen erkrankten Patienten zum zweitenmal. Es folgt dann eine genaue Beschreibung des klinischen Verlaufs der Krankheit. Die Mortalität war besonders groß bei Pat. über 40 Jahren. Die Weil-Felixsche Reaktion war meist nur n der 2. Woche positiv. F. Harry-Berlin.

Über die Reinkultur des Pockenerregers, von W. Fornet-Saarbrücken. (Zbl. f. Bakt., Bd. 87, H. 1.) Die Begleitbakterien des Pockenerregers in der Rohlymphe werden durch Ätherdampf im Fornetschen Ätherdampfapparat nach 5—30 Min. abgetötet, nachdem die noch lebenswarme Rohlymphe mit der 10fachen Menge physiolog. NaCl-Lösung verrieben worden ist. Der Äther wird dann im Vakuum entfernt. 1 ccm dieser ätherisierten Lymphe wird mit 100 ccm Traubenzucker-Serum-Bouillon vermischt, 7—10 Tage bei 30° stehen gelassen. Das Wachstum der Pockenerreger läßt sich durch den Paulschen Kornealversuch oder die Intrakutanprobe am Kaninchen, schließlich färberisch durch die von Paschen angegebene Methode mit Loeffler-Beize und Karbolfuchsin nachweisen. F. Harry-Berlin.

Über Purpura variolosa, von H. Boehm-Göttingen. (M. Kl., 1921, Nr. 21.) In der Göttinger Frauenklinik starb eine 26jähr. Polin an unstillbaren Blutungen aus Nase, Mund, Scheide und Blase nach der Geburt eines 8 Monate alten Fötus. Im übrigen bestanden reichliche purpuraartige Hämorrhagien an größeren Gebieten der Haut und der Schleimhäute. Die Sektion ließ die Diagnose akute myeloische Leukämie als begründet erscheinen. Weitere Nachforschungen ergaben aber, daß offenbar ein Fall von hämorrhagischer Variola vorlag. Die seit 11 Jahren in Deutschland ansässige Kranke hatte einige Tage vor der Aufnahme mit Frösteln, Kopfschmerzen, starken Kreuzschmerzen und einem rötlichen Exanthem krank gelegen, bis schwere Blutungen aus den Genitalien die Überführung in die Klinik veranlaßten. In der Gegend (Kreis Alfeld) ihres Wohnsitzes waren verschiedene Krankheitsfälle vorgekommen, die anfangs als Varizellen gedeutet, aber später als Variola erkannt wurden. Bei 2 nicht geimpften Säuglingen verlief die Krankheit ebenfalls tödlich. Aus der genaueren Untersuchung von Haut, Leber, Milz und Nieren sind folgende Momente hervorzuheben: Mikroben waren in keinem der untersuchten Organe nachzuweisen, im Gegensatz zu den Beobachtungen anderer Autoren (Zuelzer, Fahr, Rumpel u. a.). Die am Blute erhobenen Befunde deuten auf eine Reizung des myeloischen Systems. Die reichlich vorhandenen Leukozyten gaben einen positiven Ausfall der Oxydasereaktion; neutrophile Leukozyten sind spärlich, Lymphozyten machten den 3.—4. Teil der gesamten weißen Blutkörperchen aus. An der Milz und dem Knochenmark war allerdings keine Hyperplasie zu konstatieren, wie denn Verf. aus dieser Beobachtung ganz definitive Schlüsse zu ziehen nicht für berechtigt erachtet. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Histogenese der hämorrhagischen Pocken, von Heinrichsdorff. (Virch. Arch., Bd. 230, S. 260—270.) Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen: 1. Die hämorrhagischen Pocken stellen eine Entzündung der Haut dar, die infolge von Gefäßveränderungen mit Blutungen einhergeht. Flüssigkeit dringt in das Gewebe ein, erfüllt die Saftspalten des Bindegewebes, sammelt sich zwischen Korium und Epithel und dringt in letzteres ein, hier entweder auch in größerer Menge, so daß es zu einer Abhebung der Epidermis kommt, oder in Form von Tröpfchen, die in zahlreichen Zellen gelegen sind. 2. Die zerstörende Wirkung des Pockenvirus tritt in verschiedenen Graden auf, von der Koagulationsnekrose durch die ganze Dicke der Epidermis bis herab lediglich bis zu Degenerationserscheinungen an den Kernen. 3. In allen Stadien des Prozesses kommt es zu Proliferationserscheinungen des Epithels, so daß es um ein Mehrfaches seiner normalen Breite verdickt wird. 4. An der Bildung von Papeln beteiligen sich diese Vorgänge in verschiedenem Maße. Es gibt reine exsudative Papeln, hypertrophische Papeln, wo die Papillen infolge des entzündlichen Reizes sich stark vergrößert haben. Sodann gibt es fast rein nekrotische Papeln, schließlich die typische Pockenpapel, eine Mischform von Exsudation und Nekrose mit ihrer charakteristischen Hohlraumbildung. 5. An den Schleimhäuten finden sich Entzündung, Exsudation, Nekrose, ebenso wie an der Haut. Dagegen ist die für die Pocken charakteristische Mischform von Exsudation

Digitized by Google

und Nekrose, die typische Pockenpapel, nicht anzutreffen, da hier die histologischen Bedingungen dafür fehlen. E. Wolf-Braunschweig.

Ein praktisch erprobtes Verfahren zur Gewinnung bakterienarmen Kuhpockenimpfstoffes, von H. A. Gins, Staatl. Impfanst. Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 45, S. 1362.) Der Rohstoff wird mit der 5fachen Menge 1%iger Karbolsäure 3 Stunden geschüttelt, mit NaCl-Lösung so lange gewaschen, bis mit Eisenchlorid keine Phenolreaktion mehr entsteht. Nach dem Filtrieren wird der Rohstoff gewogen und mit der 2fachen Menge Kochsalzlösung und Glyzerin versetzt. Zur Vermeidung des Sedimentierens der Lymphe Zusatz von 2 Agar auf 1000 NaCl-Lösung. F. Harry-Berlin.

Tuberkulose.

Über den Wert neuerer diagnostischer Intrakutanmethoden (Eigenharn, Eigenserum) bei Tuberkulose, von S. Schoenborn Remscheid. (D. m. W., 1921, Nr. 45, S. 1351—1352.) Weder die Eigenharn- noch die Eigenseruminjektion besitzt spezifischen Wert bei Tuberkulose. Verf. weist auf die große diagnostische Bedeutung der intrakutanen Probe mit Alttuberkulin hin. F. Harry-Berlin.

Kann die Milch das Alttuberkulin ersetzen? von W. von Friedrich-Budapest. (Zschr. f. Tbc., 1921. Bd. 35, H. 3, S. 200.) An 54 Patienten angestellte Versuche ergaben, daß nach Milchinjektionen nur äußerst selten Herdreaktionen auftraten, und daß die Milch daher zur Erregung einer Reaktion ungeeignet und das Alttuberkulin weder in diagnostischer noch in therapeutischer Hinsicht ersetzen kann. E. Langer-Berlin.

Weitere Untersuchungen über die Wirkung des Tuberkulins, von H. Selter und E. Tancré-Königsberg. (Zschr. f. Tbc., 1921, Bd. 35, H. 3, S. 171.) Tuberkulin besitzt gegen höhere Temperatur bezüglich seiner entzündungserregenden Substanz eine außerordentliche Widerstandsfähigkeit, was gegen eine antigene Natur des Tuberkulins spricht. Am tuberkulösen Menschen, der viel empfindlicher als das tuberkulöse Meerschweinchen reagiert, vorgenommene Versuche ergaben folgendes: 1. Die lokale Reaktionsweise bei Vergleichsinjektionen von Tuberkulin und Proteinkörpern ist in ihrem inneren Aufbau grundverschieden. Von gewissen Proteinen braucht man zur Erzielung derselben Wirkung wie mit Tuberkulin die 100—200fache Dosis. 2. Es treten beim Abbau der Tuberkuline keine giftigen Produkte auf, sondern die wirksame Substanz wird gänzlich vernichtet und unschädlich gemacht, oder nach der Wirkung wird das Tuberkulin durch den Urin ausgeschieden. 3. Tuberkulin wirkt als Reizstoff auf das empfindliche Gewebe ein und bringt es zur Entzündung. E. Langer-Berlin.

Zur Technik der kutanen Tuberkulinreaktion (Perlsucht- und Moros „diagnostisches' Tuberkulin, von A. Lippmann, Krankenh. St. Georg Hamburg. (D. m. W., 1921, Nr. 46, S. 1390—1391.) Die Nachprüfung an 300 tuberkuloseverdächtigen Kindern im Alter von 1—15 Jahren ergab, daß das Alttuberkulin dem Perlsuchttuberkulin überlegen ist. Eine Spezifität für Perlsuchttuberkulin besteht nicht. Bei negativem Ausfall eines Pirquet soll sofort ein zweiter gemacht werden, und zugleich eine Impfung mit Perlsuchttuberkulin. Moros Tuberkulin zeigte sich in nur 8% dem Alttuberkulin überlegen. F. Harry-Berlin.

Diagnostische kutane und subkutane Tuberkulinreaktion bei sogenannter chirurgischer Tuberkulose, von E. Rüscher, Nordheimstiftung Cuxhaven. (D. m. W., 1921, Nr. 19, S. 529—532.) Der positive oder negative Ausfall der Reaktion ist nur unter Berücksichtigung des klinischen Gesamtbildes für die Diagnose maßgebend. Im allgemeinen zeigen Fälle von sogenannter chirurgischer Tuberkulose stärkere kutane Reaktionen als die reinen viszeralen Formen. Die intrakutane Impfung ist empfindlicher als die kutane. Häufig wurde die „sekundäre Reaktion" nach v. Pirquet beobachtet. F. Harry-Berlin.

Untersuchungen über Tuberkulinkutanreaktionen, von H. Curschmann-Rostock. (M. Kl., 1921, Nr. 22.) Wenn der Pirquetschen Kutanprobe auch Mängel anhaften, wie Verf. hier auch darlegt, so ist die Methode für Massenuntersuchungen, wie solche bei der heutigen Ausdehnung der Tuberkulose vielfach geboten sind, doch in erster Linie angezeigt und verwendbar. Unter den Fehlerquellen ist die Beschaffenheit des Impfstoffes von hervorragender Bedeutung. Schon vor längerer Zeit hat C. festgestellt, daß viele Fälle auf bovines Tuberkulin reagieren, die sich gegenüber dem humanen Impfstoff negativ verhalten. Dieselbe Beobachtung hat Moro bei der Herstellung seines diagnostischen Tuberkulins geleitet, das aus einem eingeengten, aus kräftigen Human-

Digitized by Google

stämmen gewonnenen Tuberkulin mit einem Zusatz von bovinem Tuberkulin besteht. Dieses diagnostische Tuberkulin hat C. auch bei einer größeren Serie vergleichender Kutanproben verwendet. Aus den an diesen (185) verschiedenen Fällen mit teils manifester, teils latenter Tuberkulose durchgeführten Beobachtungen entnimmt C., daß es am ratsamsten sein dürfte, die Probe stets mit zwei Impfstoffen auszuführen, nämlich einmal mit einem konzentrierten, nach dem von Moro bei seinem diagnostischen Tuberkulin verwendeten Verfahren hergestellten humanen Tuberkulin (ohne die bovine Komponente, die dabei unzureichend ist), und zweitens mit einem ähnlich konzentrierten Perlsuchttuberkulin. Ferner hat C. Vergleichsproben mit der perkutanen Salbenreaktion ausgeführt, doch kann er dieser Methode nicht den gleichen Wert zusprechen wie der Pirquet-Methode. Um den unspezifischen Faktor der Hautbeschaffenheit und Hautempfindlichkeit, der bei der perkutanen Methode eine noch größere Rolle spielt als bei der Impfmethode, zu prüfen, bediente sich Verf. der pharmakodynamischen Kutanimpfung mit Adrenalin und mit Morphium. Zumeist war Parallelität der spezifischen und der unspezifischen Reaktionen zu konstatieren; man kann also aus einem besonders intensivem Pirquet nicht ohne weiteres einen Rückschluß auf das Vorhandensein besonders starker Abwehrreaktionen oder eines besonders aktiven tuberkulösen Krankheitsherdes ziehen. Viele Fälle reagierten auf bovines Tuberkulin, die sich gegen humanes refraktär erwiesen. Verf. nimmt für diese Fälle eine Infektion mit bovinem Virus an.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Beschaffenheit der aus Schildkrötenbazillen hergestellten Tuberkulosemittel, von B. Heymann-Berlin und M. Koike-Tokio. (Zschr. f. Tbc., 1921, Bd. 35, H. 3, S. 161—170.) Verff. haben eine größere Anzahl Friedmann-Baum- und Cheloninampullen innerhalb ihrer Verwendbarkeitsdauer auf ihre Bestandteile untersucht und dabei gefunden, daß 1. eine Anzahl Ampullen verunreinigt sind und 2., daß in gleichwertig signierten Ampullen die Zahl der toten und lebenden Keime stark schwankte, besonders in den Baum-Ampullen, ein Umstand der für die praktische Verwertung von großer Bedeutung ist. Die Abweichungen von dem angegebenen Bazillengehalt sind in frischen Ampullen kleiner — relative Keimzahl 55—76% — und nehmen mit dem Alter der Ampullen zu. Bei den Cheloninampullen fehlt überhaupt jeder Befristungsvermerk.

E. Langer-Berlin.

Gründe für hin und wieder beobachtetes scheinbares Ausbleiben von Heilerfolgen des Friedmannschen Mittels, von F. F. Friedmann-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 19, S. 533—534.) Verf. gibt 5 Gründe für das Ausbleiben der Heilerfolge an. 1. wurden viel zu weit vorgeschrittene Fälle der Friedmann-Behandlung unterzogen. 2. Schutzimpfungen gesunder Kinder und Erwachsener, die in tuberkulösem Milieu leben, sind abzulehnen, da die überflüssige Antigenzufuhr mit den vorhandenen natürlichen Schutzkräften des Organismus kollidiert. 3. Die Dosis des Mittels wurde falsch gewählt. 4. Die einmalige Zuführung des Mittels wurde nicht befolgt. Der Heilprozeß wurde durch einseitige Wiederholung der Injektion, durch Tuberkulinzufuhr, sonstige Bakterienimpfungen, Verabreichung differenter Medikamente usw. unterbrochen. 5. Der Zeitpunkt der erforderlichen Wiederholung der Injektion wurde nicht richtig innegehalten.

F. Harry-Berlin.

Zur Bedeutung der tuberkulösen Reinfektion, von Th. Köffler-Graz. (Arch. f. Kindhlk., 1921, Bd. 70, H. 2, S. 95—102.) Kinder reichlich Bazillenhustender infizieren sich sehr oft, solche von spärlich Bazillenhustenden selten, dementsprechend findet sich bei den ersteren eine hohe, bei den anderen eine geringe Tuberkulinempfindlichkeit. In der Gruppe der reichlich Bazillenhustenden findet sich unter ihren Kindern eine hohe Zahl erkrankter Säuglinge und Kinder. Nach den ersten Lebensjahren wird die Infektion mit zunehmendem Alter leichter überwunden, und es ist eine stärkere Immunität gegen neue Reinfektionen vorhanden. Praktisch steht die Reinfektion hinter der Erstinfektion zurück. Für den Menschen kommen massige Infektion, wie im Tierversuch, wohl nie in Betracht, dagegen spielen eine wichtigere Rolle häufige Reinfektionen mit kleinen Mengen.

E. Langer-Berlin.

Über Genitaltuberkulose des Weibes, von Fuhrmann-Köln. (M. Kl., 1921, Nr. 32, S. 955—958.) Die Tuberkulose der Vulva und Vagina zeigt 2 Bilder: die Geschwürsform ist beobachtet sowohl bei der Vulva als auch bei der Scheide; die andere, die auftragende Form, elefantiasisähnliche Verdickung, Hypertrophie der äußeren Teile, sieht man nur bei der Vulva, und zwar hauptsächlich bei der Tuberkulose der Erwachsenen. Die Kinder-Vulva-Tuberkulose ist ulzerös. Während das tuberkulöse Scheidenulkus Erwachsener ihre Entstehung wohl immer der Deszension des keim-

Digitized by Google

haltigen (Tuben-)Sekretes verdankt, könnte man für das Vulvaulkus der Kinder und die hypertrophische Vulvitis der Erwachsenen an eine primäre Erkrankung glauben. Das seltene tuberkulöse Scheidenulkus der Kinder steht wohl mit einer immer vorher bestehenden Vulvatuberkulose in Verbindung. Die Diagnose erfordert den Nachweis von Tuberkelbazillen im Geschabsel oder an probeausgeschnittenen Stückchen. Praktisch von entschieden größerer Wichtigkeit ist, wie Verf. ausführlich darlegt, die Tuberkulose der inneren Genitalorgane beim Weibe. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Röntgentiefentherapie der Genitaltuberkulose, von E. Vogt-Tübingen. (Strahlenther., Bd. 11, H. 3.) Während früher die Röntgenbehandlung nur nach vorausgegangener Operation als Nachbehandlung bei Genitaltuberkulose Anwendung fand, hat sich jetzt erwiesen, daß die Röntgentiefentherapie ohne irgend eine andere Behandlung mit Erfolg anzuwenden ist. Der Verf. verfügt hierin über eigene Erfahrungen. Das Bestreben richtet sich bei der Dosierung auf eine volle Kastrationsdosis; dies Ziel kann in kürzester Zeit erreicht werden. Bei einseitiger Adnextuberkulose ist operativer Eingriff vorzuziehen. Bei doppelseitigen Prozessen ist es ein Vorzug der Röntgenbehandlung, daß die Fortpflanzungsmöglichkeit bestehen bleiben kann. Angezeigt ist die Röntgentherapie besonders bei leichteren Fällen von Endometritis tuberculosa und wenn operative Behandlung kontraindiziert ist, wie z. B. bei Aszites mit Fieber oder bei aktiven Lymphprozessen usw. Über Dauererfolge und Rezidivfreiheit ist noch nichts Bestimmtes zu sagen, da die Fälle noch nicht genügend lange Zeit beobachtet sind.
G. W. Unna-Hamburg.

Bestrahlungsschädigung bei Tuberkulose, von Walter Vollhardt-Flensburg. (Zbl. f. Chir., 1921, Nr. 43, S. 1586.) Verf. sah bei lokalisierter Tuberkulose der Hand und des Unterarmes bei einem 18 Monate alten Mädchen, sowie bei einem 9jährigen Mädchen mit Ileozökaltuberkulose im Anschluß an die Seitz-Wintzsche Vernichtungsdosis von 50% H.E.D. eine rasch zum Tode führende Miliartuberkulose entstehen. Er glaubt deshalb, diese Vernichtungsdosis, die die Epitheloidzellen mit vernichten, vermeiden zu müssen und hatte mit der jetzt angewandten Reizdosis, nur höchstens die Hälfte der Vernichtungsdosis, die besten Erfolge erzielt. Verf. hofft, daß diese Mitteilung dazu anregt, auch die Mißerfolge der Röntgentherapie durch Veröffentlichung der Allgemeinheit zugänglich zu machen, um diesen so wichtigen Zweig der Therapie noch weiter zu vervollkommnen. A. Rosenburg-Berlin.

Beitrag zur Ätiologie der Polymyositis, von Richard Schwarz-München-Schwabing. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 25, H. 1, S. 141—153.) Aus einem Fall von Polymyositis mit charakteristischem histologischem Befund und positivem Tierversuch zieht Verf. den Schluß, daß es auch eine noch nicht beschriebene tuberkulöse Form der Dermatomyositis gebe. G. Assmann-Kiel.

Syphilis.

a. Allgemeines und Historisches.

Die Stellung des praktischen Arztes zur modernen Diagnose und Therapie der Syphilis, von A. Buschke-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 27 und 28.) Verf. warnt davor, die gegenwärtig im Vordergrunde stehenden Theorien in bezug sowohl auf Diagnose als auch auf Therapie als abgeschlossen und endgültig zu betrachten. Der Praktiker soll nach wie vor imstande sein, die Diagnose des Primärsyphilids aus den klinischen Erscheinungen zu stellen. Gerade bei schwierigen Fällen mit Lokalisation, z. B. an den Tonsillen, Zahnfleisch, Rektum, Vulva, ist die Unterscheidung der Spirochaeta pallida von innozenten Spirochäten leicht eine Quelle von Irrtümern. Die Seroreaktion darf, wie Verf. ausführlich darlegt, niemals als ausschließliches und ausschlaggebendes diagnostisches Moment gelten, sondern muß stets vom Standpunkte des gesamten klinischen Bildes gewertet und verwendet werden. Der Salvarsantherapie ist vorzuwerfen, daß seit Einführung derselben die Nervensyphilis eine erschreckende Zunahme an Zahl, Schwere der Erscheinungen und Verlauf der Krankheit erfahren hat; in gleichem Sinne ist zu erinnern an die Encephalitis haemorrhagica, an die manchmal höchst intraktablen Dermatitiden, den Ikterus und die akute gelbe Leberatrophie. Auf mangelhafte Technik allein lassen sich diese Schädigungen nicht zurückführen. Ohne aber das Salvarsan ausschalten zu wollen, betont B. des weiteren die noch immer zu Recht bestehenden Indikationen für die Verwendung von Quecksilber und Jod. Bei der Abortivbehandlung ist allerdings zuzugeben, daß mehr erfolgreiche Fälle seit Einführung des Salvarsans berichtet worden sind. Dabei ist zu bemerken, daß eine ganz scharfe Trennung der

Digitized by Google

seronegativen von der seropositiven Periode nicht als den Tatsachen entsprechend angenommen werden kann; eine Zäsur zwischen beiden Perioden kann nicht gemacht werden. Bei Besprechung der Neurosyphilis erwähnt B., daß er besonders mit Kalomel und Jod oft ganz erstaunliche Heilerfolge erzielt hat. In bezug auf die Frage vom Ehekonsens nach behandelter Syphilis ist zu betonen, daß der Ausfall der Seroreaktion weder für noch gegen als alleiniges Kriterium angenommen werden darf.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Heirat der Syphilitiker (A propos du mariage des Syphilitiques), von Louis Bory. (Progr. méd., 1921, Nr. 3.) Mit Bezugnahme auf den in der Soc. Française de Dermatologie et de Sypiligraphie erstatteten Bericht der zum Studium der Frage der Heirat der Syphilitiker eingesetzten Kommission (Ref. s. diese Zschr., 1921, Bd. 72, S. 479) weist B. auf die Schwierigkeiten hin, die der Aufstellung allgemeiner Richtlinien infolge der Differenzen in den Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entgegenstehen. Für die wirklich ganz frühzeitig abortiv behandelten Fälle glaubt er, die Heirat früher als von der Kommission vorgeschlagen gestatten zu können, und zwar wenn eine auf die ungefähr einjährige Behandlungszeit gefolgte halbjährige Beobachtung dauerndes klinisches und serologisches Freibleiben ergeben hat; die weitere Beobachtung kann nach der Heirat erfolgen. E. Levin-Berlin.

Syphilis und Ehe, von L. Kleeberg-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 32, S. 962 bis 964.) Nachdem aus anzuerkennenden gewichtigen Gründen die Ansicht gesiegt hat, daß von der Forderung eines Ehezeugnisses abzusehen ist, gewinnt die Eheberatung vor der Heirat erhöhte Bedeutung. An erster Stelle steht die Frage von der Syphilis der Frau. Wenn bei dem Manne die Lues nach etwa fünfjähriger Frist praktisch als nicht infektiös gelten kann, so gilt dies für die Frau nur bis zu dem Zeitpunkt, wo eine Schwangerschaft eintritt. Z. B. eine Frau mit negativer WR und negativem SR, auch sonst symptomlos, hat vor 18 Jahren Lues akquiriert und eine Schmierkur durchgemacht, nachdem sie ein 8 Tage nach der Geburt verstorbenes Kind zur Welt gebracht hat. Danach hat sie noch 14mal geboren, teils anscheinend gesunde, teils nachweislich syphilitische und imbezille Kinder. Das zuletzt geborene Kind zeigt positive WR und Spirochätenbefund. Die Collessche Mutter ist eben nicht immun, sondern latent syphilitisch. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die vom 1. April 1910 bis 31. März 1914 an der Universitäts-Frauenklinik in Kiel beobachteten Fälle von Lues und Schwangerschaft, von Richard Hornung. (Diss., Kiel 1920.) 221 Fälle. Der Einfluß der Lues macht sich erst in der 2. Hälfte der Schwangerschaft geltend. Fälle von Ausstoßung oder Schädigung der Frucht in den ersten 4 Monaten wurden nicht beobachtet. Totgeburten erfolgten in 13,76%. Der 7. Monat birgt die größten Gefahren für das Leben des Kindes. Lues II der Mutter bedeutet die größte Gefahr, indem 41% in utero absterben und von den Lebendgeborenen 33⅓% der Geburt Syphilis erkennen lassen. Tertiäre Syphilis gibt 43% Totgeburten. Kongenital luetische Mütter bringen nur 75% lebende Kinder zur Welt, von denen ⅓ Syphilis bei der Geburt zeigen. Latent syphilitische Mütter geben zu 9,5% faultote Frühgeburten; von den Lebendgeborenen zeigen 23% bei der Geburt Syphilis. Von den Lebendgeborenen kommen 9,1% frühzeitig zur Welt, 3,2% zeigen bei der Geburt klinische Zeichen von Lues, 20% bei der Geburt positiven Wassermann. Die mit klinischen Zeichen von Lues geborenen Kinder weisen zu 83,3% bei der Geburt negativen Wassermann auf. Von den klinisch und serologisch bei der Geburt negativ reagierenden Kindern zeigen nach dem Sektionsbefund kurz nach der Geburt viele schon zu dieser Zeit weitgehende syphilitische Veränderungen der Organe. Von den Müttern ohne klinische Zeichen von Lues geben 92,2% positiven Wassermann. F. Weiler-Leipzig.

b. Pathologie und Klinik.

Die klinische Diagnose der kongenitalen Lues (The Clinical Diagnosis of Heredosyphilis), von H. F. Stoll. (J. Am. m. Ass., 1921, Bd. 77, Nr. 12, S. 919—925.) Zur Diagnose der kongenitalen Lues gehört neben einer genauen Kenntnis aller in Betracht kommenden Stigmata die Erhebung einer guten Anamnese, die auch die übrigen Familienmitglieder berücksichtigen muß. Die mannigfachen, bekannten Kennzeichen werden, illustriert durch prägnante Bilder, besprochen, besonderer Wert wird auf die Zahndeformitäten gelegt. So zahlreich die Kombination mehrerer Stigmata ist, so selten ist gerade die Hutchinsonsche Trias. Als Zeichen kongenitaler Lues sieht der Verf. auch die Lingua scrotalis und eine Hypertrophie der Condyli interni der Oberarme an,

Digitized by Google

die eine „x-beinige“ (bäckerbeinige) Abknickung der Unterarme („Knock-Knee elbows“) radialwärts zur Folge habe. In der Diskussion wird der Auffassung dieses Symptoms als eines pathognomonischen für Lues widersprochen. E. Sklarz-Berlin.

Zur Histologie der kongenitalen Lebersyphilis, von J. R. Lütge. (Diss., Bonn 1919.) Mikroskopischer Befund von 4 und 6 Monate alten Lebern. Die syphilitischen Lebern lassen meist den Typus des Hepar lobatum erkennen, indem die Wucherung und sekundäre Schrumpfung häufig einen Leberlappen stärker als den anderen ergreift, innerhalb des befallenen Gebietes wieder verschieden stark entwickelt ist, oder auch mehr zentral auftritt und die peripheren Teile verschont. Wenn jedoch die Bindegewebswucherung sich sehr gleichmäßig verteilt und der Schrumpfung anheimfällt, so ist es denkbar, daß ein Bild entsteht, welches der echten Granularatrophie ebenfalls zukommt. Dem analog könnte der ganz diffusen interstitiellen Bindegewebsneubildung die hypertrophische Zirrhose entsprechen. F. Weiler-Leipzig.

Herz- und Gefäßstörungen bei Lues congenita und luetischer Keimschädigung. Die angeborene Mitralstenose. II. vorläufige Mitteilung, von Leo Hahn-Teplitz-Schönau. (Zbl. f. inn. M., 1921, Nr. 42, S. 818.) Die Lues congenita macht Veränderungen am Myokard, in den Herzgefäßen und an den Klappen, die auf fötaler Spirochätensepsis beruhen; eine zweite Form der Herzschädigung beruht auf der luetischen Keimschädigung. Diese Schädigung tritt erst später in Erscheinung und ist den als Lues tarda so häufigen Mißbildungen an die Seite zu stellen. Unter diesen Mißbildungen betrachtet Verf. hier nur die Mitralstenose. Verf. sah bei 130 Pat. mit Lues congenita in 80 bis 90% aller Fälle eine angeborene Mitralstenose. Da dieselbe fast gar keine klinischen Symptome macht und wegen der Inkonstanz des Geräusches schwer zu diagnostizieren ist, finden wir sie nur sehr selten in der Literatur beschrieben. Daß die Mitralstenose hereditär ist, dafür spricht das familiäre Auftreten. Da die subjektiven Beschwerden geringe sind, so beherrschen die Stigmen der Erblues an den anderen Organen das klinische Bild. Verf. weist auf die Bedeutung der luetischen Keimschädigung für den Status degenerativus hin; gegen die Herzkrisen wird Jod und Papaverin empfohlen.
A. Rosenberg-Berlin.

Ätiologie und Therapie bei Keratitis parenchymatosa, von C. A. Uhthoff, Univ.-Augenklin. Breslau. (D. m. W., 1921, Nr. 18, S. 500—501.) In 85—90% war Lues die Ätiologie der Erkrankung, in $3^1/_2$% Tuberkulose. Die Salvarsantherapie ruft keine Änderung im Ablauf der Keratitis hervor. Trotzdem setzt sich Verf. für die antiluetische Behandlung ein, um spätere Manifestationen der Lues hintanzuhalten.
F. Harry-Berlin.

Ulzerierter syphilitischer Schanker im unteren Abschnitt der Temporalgegend (Chancre syphilitique ulcéreux de la Région temporale inférieure), von Jean Lacassagne. (Soc. nat. de Méd. et des Sciences méd. Sitzung vom 20. IV. 1921. — Lyon méd., 1921, Bd. 130, Nr. 17.) Eine Ursache für diese sehr seltene Lokalisation war nicht nachzuweisen. Typische regionäre Drüsenschwellung, Roseola. Erwähnung der Anschauung einer Reihe von Autoren über die schlechtere Prognose der Kopfschanker in bezug auf Tabes und Paralyse. E. Levin-Berlin.

Thymusstudien. VII. Die Syphilis der Thymusdrüse, von C. Hart. (Virch. Arch., Bd. 230, S. 271—288.) Die Lues congenita beeinträchtigt die Entwicklung der Thymusdrüse in gleicher Weise wie die des Gesamtorganismus. Wie bei jedem infektiös-toxischem Zustande findet man auch bei Lues congenita eine pathologische Involution des Thymus, die um so ausgesprochener ist, je längere Zeit seit der Geburt des Kindes verstrichen ist, aber keinerlei für die Krankheit spezifische Merkmale aufweist. Die Höhlenbildung aber ist für Lues spezifisch und beruht auf einer unter der Mitwirkung der Spirochäten zustande kommenden Gewebsnekrose im Mark, die zur Einschmelzung und Abkapselung durch gewucherte Retikulumzellen führt. An Stelle der Höhlenbildung kann eine bindegewebige Verödung der Läppchen infolge Wucherung des intralobulären Bindegewebes treten, wobei Bilder entstehen, die teils an Gummata, teils an krebsige Epithelwucherungen erinnern. E. Wolf-Braunschweig.

Syphilitische Läsionen im Nucleus caudatus (Lésion syphilitique en foyer du noyau caudé), von M. Loeper und J. Formentin. (Progr. Méd., 1921, Nr. 12.) Es fehlten die sonst zu beobachtenden hemichoreatischen Erscheinungen, es bestand nur Muskelsteifigkeit, und zwar beiderseitig wahrscheinlich durch Befallensein von Verbindungsfasern. Kurz vor dem Exitus trat halbseitige Lähmung der gegenüberliegenden Seite auf, die nicht auf den Herd selbst, sondern Einwirkung desselben auf benachbarte

Digitized by Google

Fasern zu beziehen ist. Bei Ausschluß von Tuberkulose wird aus den in dem Herde gefundenen arteriellen und periarteriellen Veränderungen auf Syphilis geschlossen, trotz Fehlens von Spirochäten und negativer WR. E. Levin-Berlin.

Erythematöses serpiginöses Syphilid (Syphilide erythemateuse serpigineuse), von L. M. Bonnet. (Soc. nat. de Méd. et de Sciences méd. Sitzung vom 27. IV. 1921. — Lyon méd., 1921, Nr. 18.) Bei einer 23 Jahre alten Syphilis finden sich (neben Leukoplakie an den Wangen und Lippen) im Gesicht, am Arm und Oberschenkel erythematöse, lebhaft rote, scharf begrenzte, landkartenähnliche Herde ohne jede Infiltration; auf Druck verschwindet die Röte und es erscheint eine bräunliche Pigmentierung. Die Diagnose wird etwas erschwert durch eine schon vorher vorhanden gewesene Akrozyanose und Rosazea. Es handelt sich um eine ungewöhnliche Manifestation der quarternären Syphilis, für die die Oberflächlichkeit charakteristisch ist. Das „tertiäre Erythem" Fourniers zeigt im Gegensatz zu den vorliegenden Erscheinungen Kreise, Freibleiben von Gesicht und Extremitäten, fixe Läsionen, eher besteht eine Ähnlichkeit mit den von Ehrmann beschriebenen ramifizierten, netzförmigen, der Cutis marmorata vergleichbaren Syphiliden. Nach Schwinden der Erscheinungen wird wahrscheinlich eine Mischung von pigmentierten und nichtpigmentierten Zonen bleiben, ein Anblick ähnlich der Vitiligo, also ein neues Beispiel für die in letzter Zeit viel besprochenen posteruptiven Leukomelanodermien. E. Levin-Berlin.

Über den Einfluß toxischer Exantheme auf den Verlauf der Syphilis und zur Frage der Esophylaxie, von F. Lesser-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 41, S. 1210.) Polemik gegen die Arbeit von Buschke und Freymann über den Einfluß der Salvarsanexantheme. Einen esophylaktischen Einfluß der Haut lehnt Verf. ab, wirft aber dann die Frage auf, ob das die Exantheme komplizierende hohe Fieber nicht als Heilfieber einen günstigen Einfluß auf den Verlauf der Lues ausübt. E. Langer-Berlin.

In observatione de lue, von E. Steinert-Prag. (Arch. f. Kindhlk., 1921, Bd. 70, H. 1, S. 23.) Verf. bespricht die Beziehungen der Lues kongenitaler Kinder zur mütterlichen Lues und der WR. 1. Hochinfektiöse Lues der Mutter; dauernde Symptomlosigkeit des Kindes. 2. Zeitpunkt der Infektion der Mutter und serologisches Verhalten der Kinder. 3. Einfluß der Behandlung der Mutter. 4. Untersuchung des Retroplazentarblutes der Mütter. 5. Verhalten der WR. bei Kindern von Müttern mit Residuen perakuter Lues. 6. Serologisch negativ reagierende Kinder. 7. Positiv reagierende Kinder negativ reagierender Mütter. 8. Spätmanifestationen einer lange latenten Säuglingslues. E. Langer-Berlin.

Amblyopie bei Hirnlues, von Herbert Haenert. (Diss., Jena 1920.) 56jähr. Porzellanarbeiter, der seit $^1/_4$ Jahr an Schwindel, Erbrechen und nächtlichen starken Kopfschmerzen leidet. Als Ursache für die Amblyopie stellte die Sektion eine chronische basale Leptomeningitis im Bereich des Chiasma und zwischen dem stark abgeplatteten Traktus fest. F. Weiler-Leipzig.

Intrathorakale, für ein Aortenaneurysma gehaltene Dermoidzyste bei einer syphilitischen Frau mit Aorteninsuffizienz (Kyste dermoïde intrathoracique pris pour un anévrisme de l'aorte chez une femme syphilitique atteinte d'insuffisance aortique), von Gallavardin und Bocca. (Soc. méd. des Hôp. Sitzung vom 7. VI. 1921. — Lyon méd., 1921, Nr. 19.) Der durch die Autopsie festgestellten Diagnose hatte bei Lebzeiten der radioskopische Befund entsprochen, doch hatte man sich auf Grund der bestehenden Syphilis und der Aorteninsuffizienz für die Annahme eines Aortenaneurysmas entschieden. E. Levin-Berlin.

Rückenmarkserkrankung im Frühstadium der Syphilis unter dem Bilde der Syringomyelie, von K. Mendel und H. Eicke. (B. kl. W., 1921, Nr. 41, S. 1216.) Verff. beschreiben bei einem 40jähr. Mann mit seronegativem Primäraffekt eine im Beginne der Behandlung auftretende syringomyelieartige, durch Fortsetzung der Salvarsankur gebesserte Erkrankung mit folgenden Symptomen: dissoziierte Empfindungslähmung und Potenzstörung, Fehlen der Hodenreflexe bei sonst nicht pathologischen Reflexen und ohne spastische Erscheinungen. Zur Erklärung des Falles kommt in Frage 1. eine akute oder subakute Phlebitis im Frühstadium, 2. ein durch Salvarsan provoziertes Neurorezidiv im untersten Rückenmark und 3. eine durch Salvarsan veranlaßte hämorrhagische Myelitis. Gegen 3. spricht die Besserung durch weitere Salvarsangaben. Verff. nehmen die unter 1. und 2. erwähnte Möglichkeit als am wahrscheinlichsten an. Besonders hervorzuheben ist an dem Fall das Auftreten der syringomyelieartigen Symptome im seronegativen Frühstadium der Lues und die daraus auf die Abortivkur bei negativem Wassermann zu ziehenden Folgerungen. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Beitrag zur Frühdiagnostik der Tabes dorsalis, von J. Synwoldt-Danzig. (B. kl. W., 1921, Nr. 43, S. 1266.) Isoliertes Auftreten von Larynx- und gastrischen Krisen bei Fehlen der üblichen Initialsymptome (keine Areflexie, keine Anomalie der Pupillenreaktion). Die Diagnose wurde erschwert durch tuberkulöse Erscheinungen der Lungen, die die Kehlkopfaffektion auch für tuberkulös erscheinen ließen, und einen objektiven Befund von Störungen der Magensekretion und -Motilität.
E. Langer-Berlin.

Originäre Kaninchensyphilis bei rassereinen Zuchttieren (Superinfektion und Generalisierung des Virus), von J. Scherbschewsky und W. Worms-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 44, S. 1305.) In sicher kontrollierten Fällen, in denen keine experimentelle Übertragung in Frage kommt, haben Verff. eine originäre, durch den Koitus übertragbare Kaninchensyphilis feststellen können. Die positive WR bei anscheinend normalen Kaninchen könnte vielleicht, auch nach den Mitteilungen Klarenbecks, auf eine manifeste oder latente originäre Kaninchensyphilis zurückzuführen sein. Experimentell ist den Verff. die Erzeugung einer Superinfektion an der Schnauze des Kaninchens mit dem eigenen Stamme des Tieres und dem von anderen gelungen. Eine Generalisierung wurde beobachtet, wenn neben- oder nacheinander ein Tier an verschiedenen Stellen geimpft wurde, z. B. Genitale, Schnauze, Auge. Antisiphilitischen Mitteln gegenüber verhielten sich die Spirochäten der Kaninchensyphilis wie die Spirochaeta pallida.
E. Langer-Berlin.

c. Ätiologie.

Über die sogenannte „Spirochaetosis arthritica (Reiter)", von A. Stühmer, Univ.-Hautklin. Freiburg. (M. m. W., 1921, Nr. 33, S. 1053.) Verf. hält seine Ansicht aufrecht, daß ein Teil der von Reiter für die sogenannte Spirochaete forans angegebenen Kriterien nicht zutrifft.
F. Harry-Berlin.

Über die sogenannte „Spirochaetosis arthritica" (Reiter) (Bemerkungen zu der Arbeit von Priv.-Doz. A. Stühmer in Nr. 25 dieser Wochenschr.), von H. Reiter-Rostock. (M. m. W., Nr. 30, S. 950—951.) Verf. wehrt sich dagegen, daß Stühmer aus dem negativen Ergebnis seiner Versuchsanordnung der von ihm gefundenen Spirochäte die ätiologische Bedeutung abspricht. Er empfiehlt, in Fällen, die dem von ihm beschriebenen Krankheitsbild entsprechen, steril gewonnenes, defibriniertes Blut auf ein Kulturmedium zu bringen, in dem das Mischungsverhältnis von Aszites, Fleischbrühe usw. weitgehend variiert wird.
F. Harry-Berlin.

d. Serologie.

Fehlen der Wassermannschen Reaktion im Liquor cerebrospinalis bei progressiver Paralyse, von Walter Levy. (Diss., Greifswald 1920.) 56jähr. Redakteur. Negativer Ausfall der Wassermannschen Reaktion in Blut und Liquor und Fehlen der Lymphozytose; im Sektionsprotokoll zwar Merkmale einer luetischen Infektion (strahlige Narben in der Aorta und auf den Nieren), aber histologisch in der Hirnrinde keine charakteristischen paralytischen Veränderungen. Klinisch ausgesprochen paralytische Symptome.
F. Weiler-Leipzig.

Liquorbefunde bei behandelten kongenital-luetischen Kindern, von J. Breuer, Waisenh. u. Kinderasyl Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 43, S. 1296—1297.) Bei kongenitalluetischen Säuglingen, behandelten oder nichtbehandelten, konnte im Liquor nie eine positive WR, Druckerhöhung, Eiweiß- oder Zellvermehrung oder positive Mastixreaktion festgestellt werden. Dagegen finden sich trotz negativer WR im Blut und im Liquor bei älteren Kindern pathologische Befunde im Liquor. Die fortschreitende Intelligenzabnahme ist auch bei energischer Behandlung nicht immer aufzuhalten. Die Prognose der kongenitalen Lues darf daher nur mit größter Vorsicht gestellt werden.
F. Harry-Berlin.

Zur Beurteilung und Praxis der III. Modifikation (Meinicke), von Fritz v. Gutfeld, Hyg.-Bakter. Inst. des Gesundheitsamts Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 43, S. 1295—1296.) Auf Grund der Beobachtung von 1500 Fällen kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß die Reaktion nach Meinicke in 86.5% mit der WR übereinstimmt, in 5,1% graduelle Unterschiede und in 8.4% entgegengesetzte Resultate zeigt. Zur Kontrolle der Eigenflockung wird das Serum statt mit 0,82%iger NaCl-Lösung mit folgender Mischung versetzt: 1 Teil Alcohol abs. + ½ Teil Aq. dest. Nach 1 Stunde Zusatz von 7 Teilen 2%iger Kochsalzlösung.
F. Harry-Berlin.

Zur Technik der WR im Liquor cerebrospinalis, von H. Langer, Kais.-Aug.-Vikt.-Haus Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 45, S. 1356.) Besonders bei Kindern muß

Digitized by Google

der Liquor sowohl in aktivem als auch in inaktivem Zustande untersucht werden, um unspezifische Reaktionen ausschalten zu können. F. Harry-Berlin.

Über eine Standard Wassermann-Reaktion (Standardisation of the Wassermann Reaktion), von J. A. Kolmer. (J. Am. m. Ass., 1921, Bd. 77, Nr. 10, S. 776—779.) Der Verf. benutzt ein hochempfindliches Antigen und nimmt davon und von Serum und Liquor relativ große (0,2—1,0 ccm) Mengen. Das Serum wird nur 15 Minuten lang auf 55° C erhitzt, das Meerschweinchen-Komplement besonders vorbereitet und dann einer kurz vorher hergestellten Mischung des Serums und Antigens zugefügt. Das Ganze bleibt bei 6—8° C für 15—18 Stunden stehen, dann wird das hämolytische System (Hammel- oder Ochsen-, nicht Menschenblut) dazugebracht. Drei Stunden später wird das Resultat abgelesen. Diese Methode soll sehr empfindlich und spezifisch sein, technisch genaue und einheitliche Resultate liefern und den Vorteil der Einfachheit und Sparsamkeit haben. E. Sklarz-Berlin.

e. Therapie.

Die Behandlung der Syphilitiker (Treating Syphilitics), von Leo L. Michel und Herman Goodman-New York. (New J. m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 2.) Die Verff. legen den größten Wert darauf, nicht die Syphilis, sondern den Syphilitiker zu behandeln, ohne jedoch in dieser Richtung irgend etwas Besonderes oder von der gewöhnlichen Behandlung der Syphilis sich Unterscheidendes beizubringen. Von Einzelheiten wäre höchstens die prophylaktische Salvarsanbehandlung von Personen, die sich einer Infektion ausgesetzt hatten (sicher wirkend, falls innerhalb der Inkubationszeit ausgeübt!) und der Hinweis auf die intravenöse Anwendung des Jods zu erwähnen. E. Levin-Berlin.

Die Gefahren und die Behandlung der Syphilisinfektion vor der Geburt (The Dangers and Treatment of Antenatal Syphilitic Environment), von J. H. Sequeira-London. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 7.) Statistik über kongenitale Syphilis, Früh- und Totgeburten, kindliche Mortalität, Einfluß intensiver Behandlung während der Gravidität. Untersuchung möglichst aller Familienangehörigen bei Feststellung von Syphilis bei Eltern oder Kindern. E. Levin-Berlin.

Der höhere Nahrungsbedarf eines luetischen Säuglings während der Inunktionskur, von E. Schiller-Wien. (Ges. f. inn. Med. u. Kindhlk. W. m. W., 1921, Nr. 38, S. 1643.) Es wird ein 9 Monate alter, künstlich ernährter, kongenital luetischer Säugling demonstriert, der nach Beginn der Schmierkur eine bedeutend höhere Nahrungszufuhr zum Gedeihen brauchte, als vorher. Die Schmierkur soll in der Weise die Erhöhung des Umsatzes veranlassen, daß bei der durchschnittlich normalen Nahrungszufuhr eine zu kleine Quote für Wachstum und Ansatz übrig bleibt.
G. Assmann-Kiel.

Naturheilung und medikamentöse Heilung, von A. Blaschko. (B. kl. W., 1921, Nr. 41, S. 1206.) Ausgehend von der Lesserschen Arbeit über die Selbstheilung der Syphilis kommt Verf. zu dem Resultat, daß einerseits in manchen Fällen der Organismus genügend wirksame Mittel hat, um das syphilitische Virus zu vernichten, daß aber in anderen Fällen den Erregern gegenüber die natürlichen Heilkräfte nicht ausreichen. Die positive WR dürfte man wohl als den Ausdruck einer im Gange befindlichen Abwehrreaktion des Organismus gegen die Erreger auffassen. Auch unter nicht behandelten Fällen, also den der Naturheilung überlassenen, finden sich reichlich nach langer Zeit auftretende schwere Hauterscheinungen und nervöse und Gefäßerkrankungen, insbesondere Tabes, Paralyse und Aortenaneurysma. Daher rät Verf. zu rechtzeitig einsetzender und konsequent durchzuführender Behandlung. E. Langer-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Priv.-Doz. Dr. Erich Kuznitzky, Primärarzt am Allerheiligenhospital in Breslau, erhielt die Dienstbezeichnung a. o. Professor.

Dr. Grütz, Assistent der dermatologischen Klinik in Kiel, hat sich habilitiert.

Gestorben: Dr. Isidor Bujes in Konstantinopel. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

1. April 1922 | Nr. 13 | Band 74

Aus der deutschen Hautklinik in Prag (Vorstand: Prof. C. Kreibich).

Die Glühnadel als therapeutisches und kosmetisches Hilfsmittel.

Von

Dr. Adolf Pokorny.

Ausgehend von der Tatsache, daß es zur Entfernung kleiner punktförmiger Teleangiektasien im Gesicht (Nase, Wangen, besonders bei Kindern) genügt, die zentrale Arterie zur Koagulation zu bringen, verwendet Kreibich schon seit längerer Zeit eine am Bunsenbrenner, Spiritusbrenner, eventuell mittels Zündholz erhitzte und im Ausglühen begriffene spitze Nähnadel, die nach Art einer Präpariernadel auf ein Holzstäbchen armiert ist. Trifft man damit die mittlere Arterienschlinge richtig, so verschwindet die Teleangiektasie dauernd. Die dadurch gesetzte Verbrennung ist viel kleiner als sie der kleinste Mikroplatinbrenner erzielt, das Verfahren bedarf keiner Apparatur, wie z. B. die schmerzhaftere Elektrolyse, und ist scheuen Patienten gegenüber viel leichter anwendbar. Im Auftrage des Chefs der Klinik unterzog ich mich der Aufgabe, die Indikationsbreite und Verwendungsmöglichkeit dieses einfachen Verfahrens festzustellen.

Wir gehen folgendermaßen vor: der Patient wird auf einen Drehsessel gesetzt, sein Kopf, um Abwehrbewegungen und damit Verletzungen oder Verbrennungen zu vermeiden, mit der linken Hand fixiert. Zur Rechten steht der Bunsenbrenner. Man kann mit zwei Nadeln abwechselnd arbeiten, von denen die eine in Verwendung, die andere in der Flamme ist. Die Glühnadel soll mäßig spitz sein und je nach der Tiefe, in der das Gefäß liegt, 1—2 mm eingestochen werden.

Sternchenteleangiektasien kongenitaler Ätiologie, wie man sie häufig am Übergang zwischen Unterlid und Wange, über den Superzilien usw., antrifft, ferner ektatische Blut- oder Lymphgefäße, die oft infolge zu kräftiger Expression eines Komedo besonders an dem Rande des Lippenrots (am unteren Augenlid) entstehen, blassen bei Berührung mit der Nadel augenblicklich ab und obliterieren vollständig. Bisweilen kann es bei einer größeren Sternchenektasie notwendig werden, eines der größeren radiär zufließenden Gefäßchen einige Millimeter vom Zentrum entfernt nochmals koagulieren zu müssen. Senile Hämangiome bis Linsengröße reagieren prompt auf diese Therapie, sind sie größer, so müssen mehrere Stiche gesetzt werden.

Naevi flammei kleinerer Dimension werden günstig beeinflußt, sobald man das zentrale Muttergefäß, das man unter Glasdruck aufsucht,

Digitized by Google

verödet, so wie es SAALFELD unter Benutzung des galvanokaustischen Mikrobrenners anrät.

Überraschend waren die Erfolge bei der Behandlung der Acne rosacea. Hier heilten die vorhandenen Ektasien natürlich prompt ab. Nebenbei sei bemerkt, daß in zwei Fällen nach konsequent durchgeführter Ignipunktur auffallenderweise auch durch lange Zeit keine frischen Effloreszenzen auftraten. Ob dies ein bloßer Zufall ist, sei dahingestellt.

Ich möchte aufmerksam machen, daß auch die Gefäße verödet werden müssen, welche vom Philtrum über den unteren Rand des Septums in die Gegend der Nasenspitze hinziehen, als auch die, die aus den Nares seitlich die Nasenflügeloberfläche erreichen, weil die Blutfüllung der Gefäße von der Nasenwandseite durch Verödung verhindert, von der anderen Seite durch ihr reiches Anastomosennetz eintritt, wobei der kosmetische und therapeutische Effekt begreiflicherweise ausbleibt.

Gelegentlich der Weiterbehandlung einer Patientin, deren Acne rosacea an den Wangen und kleinen Partien der Nase mit Elektrolyse vorbehandelt worden war, konnte ich konstatieren, daß die zu besprechende Methode gegenüber der obenerwähnten drei Vorteile hat. Erstens ist sie trotz des beängstigenden Anblicks der glühenden Nadelspitze nicht so schmerzhaft, schon deshalb, weil die Koagulation mit der Glühnadel augenblicklich erfolgt, während die Elektrolysenadel doch länger zur Erreichung des gleichen Effektes liegen bleiben muß. Zweitens hinterläßt die Elektrolyse oft, auch bei vorsichtigster Anwendung, zarte Narben (besonders an den Wangen). Drittens wird die bei der Elektrolyse oft auftretende, wenn auch geringfügige, so doch störende Blutung vermieden. Kommt es einmal bei einer größeren Angiektasie zu einer Blutung, so kann sie sofort durch die strahlende Hitze der in die Nähe gebrachten Nadel zum Stehen gebracht und die Arbeit fortgesetzt werden.

Die Glühnadel ist somit in ihrer Indikationsbreite ein fast vollwertiger Ersatz der Ignipunktur mit dem Galvanokauter, entschieden aber der Skarifikation vorzuziehen. Auch die CO_2-Behandlung wird durch die Glühnadelpunktur übertroffen, wofern es sich nicht um diffuse Rötungen durch feinste Kapillaren bedingt (Nase) handelt, die aber auch nach Verödung größerer Gefäßstämmchen von selbst verschwinden können.

Im Anschluß an die Acne rosacea möchte ich auch diese Therapie bei der Granulosis rubra nasi anempfehlen, bei der die stecknadelkopfgroßen Papeln unter einem leicht knackenden Geräusch platzen und dann abheilen, ohne narbige Veränderungen zu hinterlassen.

Bei der Therapie der geradeverlaufenden Teleangiektasien mußten bisher prinzipiell 2 Punkte beachtet werden.

1. Der Sitz der Teleangiektasien, wegen eventueller Narben bzw. Keloidbildung (Hals-, Brusthaut, Lippe, Haut der Oberarme), z. B. bei Verätzung mit Chromsäurekristallen nach VOIGT, bei welcher Methode auch JOSEPH vor Narben warnt, bei Ätzung mit rauchender Salpetersäure (Trichloressigsäure) oder nach CO_2-Schnee.

2. Die Ätiologie der Angiektasien. Hier muß man praktisch, will man die usuellen Mittel in Anwendung bringen, besonders

a) die kongenitalen längsverlaufenden Gefäßbildungen oder sonstwie entstandenen erweiterten und hyperplastischen Gefäße (traumatisch, durch

Digitized by Google

Kälte oder auf dem Boden eines Lupus erythematodes, Acne rosacea) von denen

b) durch Röntgen- oder Radiumstrahlen entstandenen trennen.

Alle unter a) subsumierten Ektasien, also die hereditären Teleangiektasien der Lippen, geradeverlaufende oder überhaupt größere Gefäße bei der Acne rosacea, ferner die Venen in der subpapillären oder papillären Schicht, deren Lumen erweitert ist, wie sie häufig bei seborrhoischen Personen bei gleichzeitiger Komedonenbildung an den Nasenflügeln vorkommen und an diesen Stellen eine blau-braune Verfärbung, die den Eindruck von Unsauberkeit erweckt, verursachen, wobei die blaue Komponente durch die Gefäße, die braune durch die Seborrhoe bedingt wird, werden so behandelt, daß man alle zum Hauptgefäß zuführenden Gefäße verödet, das Hauptgefäß in ungefähr $^1/_2$ cm großen Abständen mit der Glühnadel berührt und an seinem Ende quasi verschließt. Es entfällt daher die Sorge wegen der Narbenbildung, die bei dieser kleinen Läsion niemals von mir beobachtet wurde.

Eine Scheidung der beiden unter Punkt 2 zitierten Kategorien erscheint bei den anderen Methoden deshalb notwendig, weil die ektatischen Gefäße in einer geschädigten oder sogar atrophischen Haut liegen (Röntgenhaut).

Im Anschluß an eine Demonstration Strassbergs (Arch. f. Derm., Bd. 137, S. 39), der in der Wiener derm. Ges. einen Patienten mit ulzeriertem Epitheliom nach Röntgenbestrahlung eines Lupus erythematodes vorstellte, bespricht Kren die Therapie der nach Röntgenbestrahlungen oft zurückbleibenden Teleangiektasien. Holländers Methode der Verödung mit heißer Luft wird perhorresziert. Riehls Kohlensäuretherapie bei ganz vorsichtiger und kurzdauernder Dosierung wird als Methode der Wahl dargestellt. Volk unterscheidet bei den nach Röntgenbestrahlungen auftretenden Teleangiektasien zwei Stadien: Ektasien in einer wenigstens makroskopisch ganz gesunden Haut, und solche in einer atrophischen Haut. Er will die Kohlensäuremethode bloß für die erste Kategorie angewendet wissen, auch hier sehr vorsichtig, wogegen die zweite Kategorie ein Problem darstellt, weil auch das geringste Trauma zum Zerfall führen kann.

Nach der Methode mittels der Glühnadel ist ein Zerfall nicht zu befürchten, ist auch von mir nicht beobachtet worden. Hier als auch in der Therapie der Acne rosacea leistet uns das Verfahren ausgezeichnete Dienste.

Die Beobachtung, daß nach dieser Therapie niemals Keloide auftraten, brachte uns auf den Gedanken, die kleinen dunklen Pigmentnävi im Gesicht bei Frauen, auch an noch mehr zur Keloidbildung disponierten Hautstellen (oberhalb des Musc. deltoideus, über dem Sternum und am Rücken), deren therapeutische Inangriffnahme von so vielen Kosmetikern gescheut wird, ebenfalls so zu behandeln. Mehrere Einstiche genügen, um den Nävus zu verschorfen. Am nächsten Tage kann der inzwischen pechschwarz gewordene Pigmentfleck mit dem Äthertupfer direkt abgewischt werden. Die Therapie dieser Nävi mit der Glühnadel dürfte neben den erwähnten Erkrankungen eine der Hauptindikationen darstellen, zumal das kosmetische Resultat vorzüglich ist. Zur

Digitized by Google

Keloidbildung dürfte es aus dem Grunde nicht kommen, weil der Eingriff offenbar ein zu oberflächlicher ist.

Auch der Morbus Pringle ist diesem Verfahren unterzogen worden, unter leichtem Knall platzen die Adenome und heilen ab. Hier haben wir das kuglige Ende einer Stecknadel verwendet, das wir geeigneter fanden als die Nadelspitze.

Meine Aktivmethode der Wassermann-Reaktion bei Syphilis.

Von

Priv.-Doz. Dr. Hugo Hecht in Prag.

Allgemein empfindet man die verhältnismäßig geringe Empfindlichkeit der WR beim Primäraffekt und im Latenzstadium der Syphilis als fühlbaren Mangel. Man versuchte ihm in verschiedener Weise abzuhelfen, besonders mit Rücksicht auf die Bedeutung der positiven Seroreaktion bei der Abortivbehandlung der Syphilis. Wenn ich in nachstehenden Zeilen wiederum auf eine Methode aufmerksam mache, die 1908 zum ersten Male veröffentlicht wurde, so geschieht dies auf Grund eigener 13jähriger Erfahrung und einer reichen Literatur.

Die ursprüngliche Technik wurde 1908 (1) und 1909 (2) beschrieben. 1910 (3) wurde eine Änderung vorgenommen, indem die Serummenge auf 0,2 ccm erhöht wurde. Inzwischen ist eine große Anzahl von Arbeiten erschienen, die sich mit dieser vereinfachten und empfindlicheren Methode der Serodiagnostik befaßten. Es waren anfangs auch absprechende Urteile darunter, aber die Zeit ist darüber hinweggegangen, und da sich die Methode bis heute gehalten und als wertvoller Bestandteil unseres serodiagnostischen Rüstzeugs erwiesen hat, so kann auf die Anführung dieser Kritiker verzichtet werden.

I. Literatur.

Die ursprüngliche Technik wurde den Anforderungen der Praxis nicht ganz gerecht und so kam es bald zu Verbesserungsvorschlägen.

Hallion und Bauer (4) titrieren vor dem Hauptversuch den Hämolysingehalt an verschieden konzentrierten Hammelblutaufschwemmungen aus; zum Versuch wird die Konzentration genommen, die unterhalb derjenigen liegt, die von 0,1 Serum gerade noch gelöst wird.

Donath (5) gibt nach vollzogener Komplementbindung außer dem Blut noch inaktives Patientenserum (also Ambozeptor) hinzu.

Busila (6—8) vermischt 4 gleiche Serummengen gleichzeitig mit fallenden Mengen einer konzentrierten Hammelblutemulsion, stellt sie in den Thermostaten und notiert nach einer halben Stunde, in welchem Röhrchen komplette Hämolyse aufgetreten ist. Die betreffende Blutmenge wird zum Hauptversuch verwendet.

Weinberg (9) titriert die hämolytische Kraft eines jeden Serums, indem er 0,1 ccm desselben mit 0,1—1,0 ccm 5 % igen Hammelblutes an-

Digitized by Google

setzt. Zum Versuch nimmt er diejenige Menge Hammelblut, die in 1 Stunde gelöst wurde.

Gradwohl (10—11) bestimmt den hämolytischen Index jedes Serums mittels 10 Röhrchen, die fallende Mengen von 5 %iger Hammelblutemulsion enthalten. Zum Versuch nimmt er 2, $1^1/_2$ und 1 Einheit Antigen und eine Serumkontrolle ohne Antigen. Seine Ergebnisse sind gut: Bei positiver Reaktion ist sicher Lues vorhanden. Nie fand er positive WR und negative Hecht-Gradwohl-Reaktion bei demselben Serum. Diese Methode kann bei 98 % der Sera angestellt werden und gibt um 15 % mehr positive Resultate bei Syphilis als die Originalmethode.

Levaditi (12—14) und Latapie gehen nach der Originalvorschrift vor; nur wenn die Serumkontrolle nicht löst, geben sie in alle Röhrchen hämolytischen Ambozeptor hinzu. Und wenn auch jetzt keine Lösung erfolgt, ergänzen sie das hämolytische System mit frischem Meerschweinchenserum.

Ronchese (15) geht so vor, daß er die Versuchsmenge von Hammelblut mit steigender Serumdosis ansetzt; nach einer halben Stunde liest er ab und verwendet die Serummenge, die gerade die Blutdosis gelöst hat.

Tribondeau (16) prüft die hämolytische Kraft des Serums in einfacher Weise. Nach einer Viertelstunde Brutschrankaufenthalt schätzt er die Hämolyse ab.

H. D. McIntyre, Worth und A. P. McIntyre (17) kombinieren die Bestimmungen des hämolytischen Index nach Gradwohl mit der Eiskastenmethode. Damit erzielten sie bei Syphilisseren viel höhere Prozentzahlen positiver Reaktion als mit der Brutschrankmethode.

Radaeli (18) findet bei einem Vergleich der HR und der SGR, daß die HR, nach Levaditi und Letapie ausgeführt, bei latenter Syphilis und Fällen mit geringen Symptomen mehr positive Resultate gibt als die WR, die WR dagegen empfindlicher ist als die SGR.

König (19—20) findet, daß die HR sehr einfach ist und oft bessere Resultate gibt als die Original-WR und die Sternsche Methode.

K. F. Hoffmann (21) bestätigt die Brauchbarkeit der HR — „im klinischen Betriebe wird die HR bei genügender Erfahrung und bei Vorsicht in der Beurteilung der Resultate sich auch weiterhin als brauchbar und zweckmäßig erweisen" — und ihre Überlegenheit gegenüber der Sternschen Methode.

Sabbazès und Eckenstein (22—23) halten sich an die Originalvorschrift, wie sie Levaditi am Pasteurschen Institut in Paris ausführt. Sie empfehlen die HR als einfach und verläßlich.

Fleming (24) hat 1909 eine ähnliche Reaktion veröffentlicht, bei deren Ausführung er bloß einen anderen Extrakt verwendet.

Gelarie (25) war alles in allem mit der Modifikation Hecht recht zufrieden und empfiehlt sie als durchaus zuverlässig und einfach. Die Ausschläge sind mit ihr vielleicht feiner als mit der WR, und derartige Störungen, wie sie bei der WR wohl durch das Zusammenmischen artfremder Seren usw. nicht gar so selten hervorgerufen werden, sind ihm bei der HR kaum vorgekommen.

Über gute Erfolge mit der HR berichten ferner G. Stanculeanu und Liebreich (26), Scholtz (27), Bruckner und Galasescu (28),

Digitized by Google

Jianu (29), Mantovani (30), Niculescu (31), R. Demanche und P. Menard (32), Gurd (33), Werther (34), Novák (35), Bénard und Joltrain (36), Basset-Smith (37), Montval (38), Hügel und Rüte (39), Noé Pinés (40), Leredde (41), Leredde und Rubinstein (42), Loele (43), Wojciechowski (44), Faller (45), Heidingsfeld (46), Calvin Fernandez (47), Kolmer (48), Telmon (49), Rubinstein (50), Blaivas (51), Simon Clément (52), Simon und Gastinel (53), McIntrye, Howard, Emerson, North und A. P. McIntrye (54).

Die HR wird vielfach neben der WR verwendet, weil die Erfahrungen gelehrt haben, daß die Originalmethode zu wenig empfindlich ist. In diesem Sinne wird sie von Goubeau (55), Oltramare und Du Bris (Genf), Rubinstein, Louis Bory, Gougerot, Bodin, Bralez, Spillmann und Lasseur, Dujardin, Laurent, Nicolau und Banciu (Bukarest), Ravaut und Rabeau, Sabouraud und anderen benutzt.

Diese sicher nicht vollständige Übersicht kann mit einem Zitat von Pasini (56) abgeschlossen werden, der zwar gegen alle Modifikationen ist, aber hinzufügt, daß von allen Modifikationen die Hecht-Weinbergsche sich am meisten der klassischen WR nähert. Und die von der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis eingesetzte Kommission (57) zum Studium des Eheproblems bei Syphilitikern (Queyrat, Hudelo, Spilmann, Gastou, Clement Simon) erklärte kategorisch als eine feststehende Tatsache, daß die Hechtsche Reaktion viel empfindlicher sei als die originale WR, da sie den negativen Ausfall der WR bei sekundärer Syphilis auf 1—2% der Fälle herabsetzt.

II. Technik.

Zur Anstellung der Reaktion benötigt man:

1. physiologische Kochsalzlösung,
2. alk. Antigen aus Rinderherz (eventuell anderes),
3. frisches Menschenserum,
4. 5% Hammelblut.

Seit 1913 mache ich in Anlehnung an Busila eine einfache Auswertung der hämolytischen Kraft eines jeden Serums.

Für jedes Serum werden 4 Röhrchen angesetzt, wenn man nur ein Antigen benutzt.

Röhrchen Nr.	1	2	3	4
Menschenserum	0,2 ccm	0,2	0,2	0,2
Kochsalzlösung	1,0 ccm	1,0	1,0	—
Antigen	—	—	—	0,03 ad 1,0
5% Blut	0,2 ccm	0,4	0,6	—

Es empfiehlt sich, die Antigenröhrchen in ein eigenes Gestell zu bringen und samt Hämolysinversuch in den Brutkasten zu bringen. Die Hämolysinröhrchen werden öfter geschüttelt und nach $^1/_2$ Stunde dasjenige Röhrchen notiert, in dem vollständige Blutlösung eingetreten ist. Die Antigenröhrchen bleiben insgesamt 1 Stunde im Brutkasten — oder 10 Stunden bei 2° im Eiskasten — und dann wird zu jedem Serum die im Hämolysinversuch bestimmte Blutmenge hinzugefügt. Nach $1^1/_2$ Stun-

Digitized by Google

den Brutkastenaufenthalt kann man ablesen, besser aber noch nach 12 Stunden, wenn sich die Blutkörperchen abgesetzt haben.

Als Antigendosis kommt $^1/_3 - ^1/_4$ der zur WR benutzten Dosis in Betracht. Stets muß an einigen Seren von Syphilitikern, anderweitig Kranken und Normalen die Dosis so ausgewertet werden, daß selbst die doppelte Menge der Versuchsdosis mit normalen Seren keine Hemmung gibt.

Die Sera sollen nicht älter als 36 Stunden und klar sein. Kann das Serum nicht am Tage der Blutentnahme untersucht werden, dann lasse man es über dem Blutkuchen bis zum nächsten Tage stehen.

In 2—4% der Fälle tritt nur geringe oder keine Hämolyse ein. Sera von jungen Säuglingen haben keinen Ambozeptor, zu alte Sera wenig Komplement, normale Liquores weder das eine noch das andere. Man behilft sich in solchen Fällen folgendermaßen: Ist nach $^1/_2$ Stunde im Hämolysinversuch keine Lösung aufgetreten, so überträgt man die entsprechenden Röhrchen des Serums in ein eigenes Gestell und gibt a) 0,1 ccm eines Normalserums in alle Röhrchen, also auch die mit Antigen angesetzten. Besser ist es aber, die Hämolysinröhrchen von neuem mit dem betreffenden Serum + Normalserum aufzustellen. Nach $^1/_2$ Stunde Ablesen des Hämolysinversuchs und Nachfüllen der Antigenröhrchen. Liquores und Säuglingssera werden von vornherein so behandelt.

Für Säuglingssera würde es sich empfehlen, mit schon sensibilisierten Hammelblutkörperchen zu arbeiten. Im Notfalle kann man auch inaktiviertes Menschenserum als Ambozeptorquelle verwenden, indem man das Hammelblut mit irgend einem inaktivierten Menschenserum im Brutschrank digeriert, nachher abzentrifugiert und mit Kochsalzlösung wäscht.

b) Meist handelt es sich aber um ältere Sera, besonders solche, die von auswärts kommen und kein Komplement mehr besitzen. In diesem Falle könnte man statt normalen Menschenserums bloß Komplement hinzufügen. Meist genügt 0,01 ccm Meerschweinchenserum pro Röhrchen. Die Hämolysinbestimmung erfolgt wie oben beschrieben wurde.

Als praktischen Vorgang zum Zwecke der Zeitersparnis empfehle ich für den Versuch, am Vormittag die Blutentnahme vorzunehmen — lipämisches Serum ist nicht so gut wie klares! —, die Röhrchen mit dem Blut auf $^1/_2$ Stunde in den Brutschrank zu stellen und dann zu zentrifugieren. Inzwischen bereitet man das Versuchsprotokoll und die Gestelle vor, füllt die Kochsalzlösung und Antigenverdünnung ein. Dann setzt man die Blutverdünnung zu und füllt sie in die Röhrchen ein, schließlich verteilt man die Sera in die entsprechenden Röhrchen. Der Versuch ist dann am Nachmittag beendet, im Falle man die Eiskastenmethode wählt am Abend.

III. Das Wirkungsgebiet der Aktivmethode.

Die Ursache der größeren Empfindlichkeit der Aktivmethode liegt

1. in der Verwendung aktiver Sera und
2. in dem genau abgemessenen hämolytischen System.

Das Unterlassen des Inaktivierens läßt die thermolabilen komplementbindenden Stoffe im Syphilitikerserum in Wirksamkeit; im Verein

Digitized by Google

mit den thermoresistenten geben sie oft noch deutliche Hemmung, wenn das inaktivierte Serum keinerlei Komplementbindung erkennen läßt. Außerdem bedeutet das Inaktivieren eine bedeutsame Veränderung des physikalischen Zustandes der Luessera, die ja kolloidale Lösungen darstellen. Diese Änderung kann an der Erniedrigung der Oberflächenspannung (Traube) und an der Alkaleszenzvermehrung erkannt werden (H. Sachs); beim Inaktivieren kann die Hydroxylionenkonzentration des Blutserums auf das Doppelte und mehr erhöht werden (Liebermann [58]). Die Inaktivierung ist also kein harmloser Eingriff; sie verringert jedenfalls die Empfindlichkeit der Seroreaktion.

Bei der hier beschriebenen Aktivmethode kann auch nur selten ein Komplement- oder Ambozeptorüberschuß eintreten wie bei der WR, da für jedes Serum individuell die hämolytische Kraft bestimmt wird. Dieses knapp gehaltene Hämolysin trägt dazu bei, die Methode empfindlicher zu machen.

Damit ist natürlich auch die Gefahr unspezifischer Hemmungen gegeben. Das kann man größtenteils vermeiden durch exakte Antigenauswertung. Lieber weniger Antigen und deshalb weniger positive Resultate, als viel positive Reaktionen, die dann aber weniger verläßlich sind. Nur so sind die Mitteilungen (59) über schwach positive HR, z. B. bei weichem Schanker, zu erklären.

Diese fast zu große Empfindlichkeit der Aktivmethode erfordert eine genaue Abgrenzung ihres Wirkungsgebietes: Für alle Fälle, wo klinisch oder anamnestisch Syphilis sichergestellt ist, kommt nur die HR in Frage. Hierher gehören vor allem die Primäraffekte mit gesichertem Spirochätenbefund, besonders wenn es sich um Nachweis der durch Salvarsan provokatorisch hervorgerufenen positiven Seroreaktion handelt. Die Kontrolle über Behandlungserfolg gewährt die Aktivmethode besser als die originale WR, denn sie verschwindet viel später. Monosymptomatische Syphilis (am Auge, Ohr, Nervensystem) gehört in die Domäne der Aktivmethode. Auch gelingt es, mit ihrer Hilfe die Zahl positiver Reaktionen bei Aortitis, Tabes, Paralyse und Gehirnsyphilis mindestens um 15% zu erhöhen.

Für die Originalmethode hat man sich zu entscheiden, wenn nichts anderes vorliegt als der Verdacht auf Syphilis. Aber auch hier empfiehlt es sich, gleichzeitig die HR aufzustellen, weil ihrem negativen Ausfall erhöhte Bedeutung (Ehekonsens und Ammenuntersuchung) zukommt. Ferner unterstützt stark positive HR die Entscheidung bei schwach positiver WR.

Die HR hält aber auch einen Vergleich mit der SGR aus, insbesondere deshalb, weil sie beim Primäraffekt früher auftritt und im Latenzstadium weit häufiger positiv ist. Die Kaupsche Reaktion dagegen ist fast noch empfindlicher als die HR, neigt aber in erhöhtem Maße zu unspezifischen Resultaten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Aktivmethode (HR) eine einfache und empfindliche Form der Serodiagnostik bei Syphilis darstellt, die sich in ihrem Wirkungsgebiete vollauf bewährt hat.

Digitized by Google

Literatur.

1. Hecht, Eine Vereinfachung der Komplementbindungsreaktion bei Syphilis. W. kl. W., 1908, Nr. 50. — 2. Hecht, Eine Vereinfachung der Komplementbindungsreaktion bei Syphilis. W. kl. W., 1909, Nr. 10. — 3. Hecht, Zur Technik der Seroreaktion bei Syphilis. Zschr. f. Immunitätsf. u. exp. Ther., 1910, Bd. 5, H. 5. — 4. Hallion und Bauer, Utilité de l'evolution du puvoir hémolitique naturel des sérums dans le sérodiagnostic de la syphilis par la méthode de Hecht. Compt. rend. Soc. Biol., 1910, Bd. 69, Nr. 30. — 5. Donath, M. m. W., 1911, Nr. 11, S. 610. — 6—8. Busila, Compt. rend. Soc. Biol., 1910, Bd. 69, Nr. 37. — Revista stiintzelor med., Okt. 1910. — Presse méd., 23. IX. 1915. — 9. Weinberg, Compt. rend. Soc. Biol., 1912. S. 334. — Ann. de l'inst. Pasteur, 1912, Nr. 6. — 10—11. Gradwohl, Die Hecht-Weinbergsche Reaktion als Kontrolle für die WR. J. Am. m. Ass., Bd. 63, Nr. 3. — J. Am. m. Ass., Bd. 68, Nr. 7. — 12. Levaditi, Ann. de Derm. et de Syph., 1909, Febr., April, Mai. — 13 bis 14. Levaditi und Latapie, Presse méd., 4. XI. 1911 und 16. IV. 1914. — 15. Ronchese, Compt. rend. Soc. Biol., 27. VII., 12. X., 21. XII. 1918. — 16. Tribondeau, Compt. rend. Soc. Biol., 16. VI. 1917. — 17. H. D. McIntyre, Worth und A. P. McIntyre, J. of labrat. a clin. med., Bd. 6, Nr. 12. — 18. Radaeli, Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle, 1921, Bd. 62, H. 5. — 19—20. König, W. kl. W., 1909, Nr. 32. — König, D. m. W., 1910, Nr. 11. — 21. K. F. Hoffmann, M. Kl., 1910, Nr. 33. — 22—23. Sabrazès und Eckenstein, Lanc., 22. I. 1910. — Sabrazès und Eckenstein, La méd. moderne, 26. II. 1910. — 24. Fleming, Lanc., 29. V. 1909, S. 1512. — 25 Gelabie, Arch. f. Derm., Bd. 100, H. 1—3. — 26. G. Stanculeanu und Liebreich, Rev. stiintzelor med., Okt. 1909. — 27. Scholtz, Derm. Zschr., 1909, Nr. 11, S. 733. — 28. Bruckner und Galeescu, Rev. stiintzelor med., 1909, Nr. 7. — 29. Jianu, W. kl. W., 1909, Nr. 42. — 30. Mantovani, Bull. d. Scienze med., 1910. — 31. Niculescu, Rev. stiintzelor med., Okt. 1910. — 32. Demanche et Menard, Compt. rend. Soc. Biol., 1910, Bd. 68, Nr. 14. — 33. Gurd, J. of inf. Diseases, 1911, H. 8, S. 427 — 34. Werther, Mh. f. pr. Derm., 1910, Bd. 50, H. 4. — 35 Novák, Casopis ceskych lék., 1909. — 36. Bénard und Joltrain, Compt. rend. Soc. Biol., 1910, Bd. 69, Nr. 28. — 37. Bassett-Smith, Brit. m. J., 12. III. 1910. — 38. Montval, Inaug.-Diss., Toulouse 1911, Nr. 963. — 39. Hügel und Rüte, M. m. W., 1910, Nr. 2. — 40. Noé Pinés, J. de Bruxelles, 1912, Nr. 26. — 41. Leredde, Etudes sur la serodiagnostic et le traitment de la syphilis. Paris, Maloine, 1913. — 42. Leredde und Rubinstein, Bull. de la soc. franç. de derm., 6. II. 1913. — 43. Loele, D. m. W., 1913, S. 2481. — 44. Wojciechowski, Poln. Zschr. f. Derm., 1912, Nr. 7—9. — 45. Faller, Lanc. Clinic., 14. XI. 1914. — 46. Heidingsfeld, New York m. J., 18. IV. 1916. — 47. Calvin Ferdinandez, Actas dermo-sifiliographicas, 1916, Nr. 3. — 48. Kolmer, M. Record, 21. X. 1916. — 49. Telmon, Presse méd., 19. VII. 1917. — 50. Rubinstein, Presse méd., 1919, Nr. 38. — 51 Blaivas, J. Lab. and Clin. Med., Jan. 1920. — 52. Simon, Clément, Bull. méd., 1921, Nr. 26. — 53. Simon et Gastinel, Ann. de Derm., 1919, Bd. 7. — 54. McIntyre, Howard, Emerson usw., J. of laborat. a clin. med., Bd. 6, Nr. 5, S. 233. — 55. Ann. des mal. vénér., 1921, Nr. 7—9. — 56. Pasini, Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle, 1914, S. 109. — 57. Bull. de la soc. franç de derm., 1920, Nr. 6. — 58. Liebermann, M. m. W., 1917, S 1462. — 59. M. Clement Simon und Thorel, Bull de la soc. franç. de derm., 1921, Nr. 6.

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Januar 1922.

Vorsitzender: Oppenheim. Schriftführer: Kumer.

Krüger (Abt. Oppenheim): **Symmetrische Alopezie.** 67jähr. Frau. In der Mitte des Hinterkopfes symmetrisch zwei ovale, 7 cm lange, 3 cm breite, fast kahle Stellen, die beiläufig ein Hufeisen bilden, dessen Konvexität gegen den Scheitel gerichtet und in seiner mittleren Partie behaart ist. Ursache unbekannt.

Krüger (Abt. Oppenheim): **Naevus angiomatosus et pigmentosus.** An der linken Gesichtshälfte, auf den Kopf übergreifend, in der linken Nackengegend, der linken

Digitized by Google

fossa supraspinalis bis über die Schultergegend hinabreichend, die Haut der 17jähr. Pat. lichtgrün verfärbt. Nebst vielfachen Teleangiektasien sieht man eingesprengte, hellrote Flecke, die auf Glasdruck nicht abblassen.

KRÜGER (Abt. OPPENHEIM): **Synovitis heredo-luetica.** Bei der 20jähr. Pat. mit Keratitis parenchymatosa und rhagadenförmigen Narben an den Mundwinkeln, seit 2 Jahren Schwellung beider Kniegelenke; dabei weder Fieber noch Funktionsstörung. WR aus dem Kniepunktat sowie im Blut +. Lumbalpunktat —.

KRÜGER (Abt. OPPENHEIM): **Psorospermosis.** Bei dem Pat., der bereits vor 3 Jahren demonstriert worden, haben die Erscheinungen wesentlich zugenommen.

KRÜGER (Abt. OPPENHEIM): **Lupus erythematodes.** An den Wangen handtellergroße Herde von peripher hellroter, zentral bräunlich-roter Farbe; Zentrum von grünlichweißen Schuppen bedeckt. Nach 14 Mirion-Injektionen ist ein Ausheilen des Prozesses zu konstatieren.

OPPENHEIM: Der Fall ist deshalb interessant, weil er die oberflächliche Form vorstellt, weder Narbenbildung, noch Erweiterung der Follikel.

OPPENHEIM: **Aplasia cutis congenita mit peripherem Angioma cavernosum.** Typische Aplasie am Scheitel, von einem ringförmigen, schmalen Angioma cavernosum umgeben. Die Aplasia congenita wird durch amniotische Verwachsung, dem Ende der Chorda dorsalis entsprechend, erklärt, das kranzförmige Kavernom ist durch die Zirkulationsstörung in der Nachbarschaft der Verwachsung verständlich.

OPPENHEIM: **Pityriasis lichenoides.** 22jähr. Frau, vor 14 Tagen an kleinfleckigen und figurierten Erythem des ganzen Körpers erkrankt. Mäßiges Jucken, WR —; Blutbild normal. Jetzt flache gelbrote Papeln, feinschuppende, gelbbraune Flecke und wie zerknittert aussehende, verwaschene Stellen, besonders an den Extremitäten. Es ist dies der dritte Fall, den O. beobachten konnte.

OPPENHEIM: **Einseitige Stomatitis ulcerosa.** Tiefe mißfärbige Geschwüre am rechten Rande der geschwollenen Zunge, an der rechten Wange streifenförmig vom letzten Mahlzahne bis zum Mundwinkel reichend. Geringe Zahnfleisch-Schwellung und Salivation, Fieber, plötzlicher Beginn; Bacillus fusiformis und Spirochaeta dentium und refringens. Dies ist der dritte Fall innerhalb einer Woche auf O.s Abt. Alle drei rechtsseitig lokalisiert, sonst der Beginn und Verlauf der gleiche; dabei auch neuralgische Schmerzen. Zwei Fälle hatten Quecksilber erhalten in geringer Menge; ein Fall war im Blennorrhoe-Saal untergebracht und stand nicht unter Quecksilberwirkung. Es scheint sich um ein epidemisches Auftreten zu handeln, vielleicht mit Grippe in Zusammenhang.

SACHS: In letzter Zeit sind zahlreiche Fälle von Stomatitis ulcerosa und Angina PLAUT-VINCENTI beschrieben worden, die auf gehäuftes Auftreten hinweisen.

PORIAS hat 2 Fälle von PLAUT-VINCENTscher Stomatitis mit positivem bakteriologischem Befund gesehen, die große Ähnlichkeit mit Hg-Stomatitis aufwiesen; allerdings war in einem derselben die Lieblingsstelle der letzteren, die Gegend des letzten Mahlzahnes, völlig frei. Beide Kranke hatten kein Hg bekommen.

ARZT: Auch an der Klinik RIEHL wurden 2 Fälle ohne Quecksilbergebrauch beobachtet, bei denen das Geschwür zuerst rechts, dann links auftrat.

BRÜNAUER: **Pigmentlues.** 34jähr. Pat. mit reichlichem über den Körper dicht verteilten Exanthem, dessen einzelne makulo-papulöse Efflorescenzen nicht kupferrot, sondern ringsum braunschwarz verfärbt sind. WR +. Ob die Pigmentierung akut eingesetzt hat, wie in den Fällen BOCKHART, UNNA jun., oder mehr allmählich, wie im Falle MATZENAUER, konnte nicht erhoben werden.

BRÜNAUER: **Psoriasiforme Lues.** Bei der 39jähr. Pat. scharf begrenzte, rundliche und unregelmäßig gestaltete Herde, die eine braunschwarze Verfärbung aufweisen, und stellenweise eine dicke, gelblichweiße Schuppung erkennen lassen. Bei Aufnahme deutlich psoriasiformer Charakter; WR +. Gleichzeitig Iridozyklitis und Alopezie. Auf antiluetische Therapie Abheilung mit Pigmentation.

BRÜNAUER: **Fall zur Diagnose.** Bei einem 10jähr. Knaben, dessen linke untere Extremität eine Verkürzung und Muskelatrophie aufweist (wahrscheinlich nach Poliomyelitis), der Unterschenkel blaurot verfärbt, dazwischen linsengroße, apfelgelee-farbene Herde lamellös schuppend wie Lupus maculosus, jedoch mit der Sonde nicht eindrückbar. Leistendrüsenseite leicht geschwollen. Histologisch keine Knötchen nachweisbar, doch Veränderungen an den Gefäßen, Media beträchtlich verdickt. WR +.

BRÜNAUER: **Tubero-serpiginöse Syphilide.** Bogenförmige Infiltrate am Stamme und der rechten Hohlhand, narbig abheilend. WR +. Infektion 1903.

Digitized by Google

Brünauer: **Lichen planus.** Verruköse Herde am Unterschenkel und typische an der Mundschleimhaut.

Porias: **Arsenhyperkeratose.** 48jähr. Pat., seit 8 Monaten bestehende Hyperkeratose an Flachhänden und Sohlen. Beginn an den Sohlen, dann an den Händen, zunächst dort, wo der Riemen der Einkaufstasche drückte. Pat. erhielt wegen Spitzenkatarrhs Sol. arsenic. Fowleri, mehrere Wochen lang 3mal täglich 5 Tropfen, aber durch 2—3 Monate 3mal 10 Tropfen täglich.

Kumer (Klinik Riehl): **Papulo-nekrotische Tuberkulide.** 27jähr. Frau, typische Effloreszenzen an den Streckseiten der Unterarme und Hände, in der Lendengegend und an den unteren Extremitäten; atypische Lokalisation an den Handtellern.

Kumer (Klinik Riehl): **Papulo-nekrotische Tuberkulide.** 21jähr. Mann, seit zwei Jahren Nephritis, seit drei Vierteljahren eine Hauterkrankung, schubweise aufgetreten. Vor einer Woche ein dichtes, pustulöses Exanthem am ganzen Körper, mit Ausnahme des Kopfes stärkeres Befallensein der Streckseiten; derzeit sind die meisten Pusteln eingetrocknet und weisen das Bild papulo nekrotischer Tuberkulide auf.

Kumer (Klinik Riehl): **Pemphigus pruriginosus.** 63jähr. Mann, seit vier Monaten das Bild eines Ekzemes des Stammes und der Extremitäten aufweisend, mit zahlreichen Kratzeffekten. Auf Grundlage der erythematösen Herde linsen- bis münzengroße Blasen, die das Nikolskysche Phänomen aufweisen. Blutbefund: 10% Eosinophilie.

Fuhs (Klinik Riehl): **Lupus-Karzinom.** 60jähr. Pat. mit ausgedehntem Lupus vulgaris hypertrophicus des Gesichts. Der häutige und knorpelige Anteil der Nasenspitze größtenteils zerstört und ersetzt durch derbe, pilzförmige, wuchernde Tumoren, die an der Oberfläche exulzeriert und mit Krusten bedeckt sind; histologisch: verhornendes Plattenepithelkarzinom.

Randak (Klinik Riehl): **Analsklerose.** 24jähr. Frau. Im Bereiche der Analfalten eine zwanzighellerstückgroße, mit einem grauweißen, festhaftenden Belag bedeckte Erosion, am Rande braunrot, sehr druckempfindlich, nicht infiltriert. Spirochaeta pallida +, Scleradenitis inguinalis. WR +.

Arzt (Klinik Riehl): **Pityriasis versicolor atypica.** 24jähr. Mann mit stark gebräunter Oberkörperhaut infolge Sonnenbestrahlung. An Rücken und Brust linsengroße Flecken, leicht schuppend und von weißer Farbe. Mikroskopisch nur an diesen weiß gefärbten Stellen Mikrosporon furfur.

Ehrmann: Man kann durch ein Lichterythem eine Abstoßung der Epidermis nebst Pilzrasen erzeugen; während in der Umgebung die Haut pigmentiert wird, sind die Pilzrasen ein genügender Schutz gegen die ultravioletten Strahlen, so daß an diesen Stellen kein Pigment gebildet wird und Leukoderm entsteht. Bei ungenügender Lichteinwirkung ist die Abstoßung der Pilzrasen unvollständig, sie erholen sich wieder, so daß auf pigmentierter Umgebung relativ weiße, schuppende Stellen entstehen können, welche Pilze enthalten. In Bezug auf die Pigmentierung muß unterschieden werden zwischen künstlicher Pigmentierung durch Licht, der eine Entzündung vorausgegangen ist, und der Pigmentierung, die eine Rasseneigentümlichkeit darstellt. Bei der letzteren kann es sich um eine Störung der Pigmentbildung nur durch solche Pilze handeln, die tiefer in die pigmentbildenden Schichten eindringen, was bei der Pityriasis versicolor nicht der Fall, wohl aber bei Trichophytien möglich ist.

Stein: Das Auftreten weißer Flecke bei stark pigmentierten Individuen nach Pityriasis versicolor ist in Analogie zu setzen mit Depigmentationen nach oberflächlichen Dermatomykosen, wie sie als Leukoderma mycoticum bei der dunkelhäutigen Bevölkerung tropischer Gegenden beschrieben ist.

Arzt: Der Fall wurde als Pityriasis versicolor demonstriert; über die Gründe, warum sich nur weiße Effloreszenzen finden, ist keine Behauptung aufgestellt und die Bezeichnung Pityriasis alba vermieden worden.

Arzt (Klinik Riehl): **Lymphogranulomatose mit sekundärem Übergreifen auf die Haut.** Seit 18 Monaten bei der 36jähr. Pat. eine derbe, zunehmende Vergrößerung der Halslymphdrüsen, über der Klavikula. Rötung mit einzelnen ektasierten Gefäßen im Bereiche der linken Hälfte der Thoraxhaut, der Schultergegend und des Oberarmes. Der Rötung entsprechend teilweise hochgradige Infiltration des Integumentes. Unter der linken Axilla vereinzelte, exulzerierte Prominenzen neben zirkumskripten, derben Knoten in der in toto infiltrierten Haut. Hämatologisch geringgradige polynukleäre Leukozytose. Histologisch: von der Tiefe aufsteigendes Granulationsgewebe die Kutis infiltrierend, sich zusammensetzend aus den verschiedensten Zellformen, dabei aber reichlich Paltauf-Sternbergsche Riesenzellen enthaltend.

Digitized by Google

Arzt (Klinik Riehl): **Sklerodermie und Sklerodaktylie mit Veränderungen an der Mundschleimhaut.** 47jähr. Frau mit Hautveränderungen seit etwa 10 Jahren, jetzt einen etwas starren Gesichtsausdruck mit ektasierten Gefäßen zeigend. Blaurote Verfärbung der Hände mit Bewegungseinschränkung der Finger, und derb infiltrierter, teilweise nicht mehr verschieblicher Haut. Röntgenologisch geringgradige Atrophie des Fingerskelettes mit Verdickung der Endphalangen. Schleimhaut der Wangen und des weichen Gaumens blaß, etwas gelblich, von feinsten Gefäßreiserchen durchzogen, an die von Kren publizierte Schleimhautaffektion erinnernd.

Kren möchte diese den geringfügigen Erscheinungen nicht mit Sicherheit als Sklerodermie ansprechen. Es muß allerdings gesagt werden, daß die Erscheinungen an der Mundschleimhaut ebenso unerklärlich beginnen, wie an der Haut. Das ausgesprochene Bild der Schleimhautsklerodermie zeigt eine ganz blasse, substanzarme Schleimhaut, mit besonders an den Gaumenbogen oft geradezu sehnigen, gelblichen Strängen und vereinzelten Ektasien. In der Regel ist dann auch die Zunge schon klein, schmal, kurz, ihr Frenulum sehnig und atrophisch.

Arzt (Klinik Riehl): **Acne conglobata.** 19jähr. Mann mit ausgeprägter Seborrhoe im Gesichte. An Rücken und Hals bis über die Haargrenze, im Bereiche des Sternums neben Komedonen perifollikuläre Knoten, die zu Pusteln und schlappen Abszessen führen mit vereinzelter Spontanperforation; daneben reichliche Narbenbildung. Trotz positiver Pirquet- und Ponndorf-Reaktion wird der Fall der Akne zugezählt, wofür auch das unspezifische Infiltrat spricht.

Kren sah einen Pat. mit knotigen, fast blanden Einlagerungen in der Kopfhaut, die anfangs nicht gedeutet werden konnten. In den Submaxillardrüsengegenden und präaurikular bestanden skrophuloderm-ähnliche, z. T. hypertrophische, noch fistelnde Narben. Schließlich begannen die Knoten am Kapillitium durchzubrechen. Exzision ergab Perifollikulitis, die sich vollends klärte, als Pat. am Stamme eine Acne conglobata bekam.

Porias: Es wäre interessant, ob nicht in dem von Arzt vorgestellten Falle floride oder ausgeheilte, spezifische Herde in den Hilusdrüsen bestehen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

e. Therapie.

Naturheilung und medikamentöse Heilung bei Syphilis, von F. Lesser-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 47, S. 1389.) Richtigstellung einiger Ausführungen in der Blaschkoschen Arbeit (B. kl. W., Nr. 41), unter Hinweis auf frühere, geäußerte Anschauungen. „Jede positive WR ein Zeichen noch aktiver Spirochäten, und deshalb eine Indikation für weitere Behandlung." Durch reine Salvarsankuren können bei richtiger Dosierung und zweckmäßiger zeitlicher Folge die meisten Fälle geheilt werden, während bei ruhigem Abwarten höchstens 40% eventuell nach Jahren geheilt erscheinen. Bei seronegativem Primäraffekt ist Verf. in allen Fällen die Abortivheilung durch 3 Neosalvarsandosen Dosis IV innerhalb 8 Tagen geglückt, während seropositive Fälle eine ausgedehntere Behandlung bedürfen. E. Langer-Berlin.

Die Abortivkur bei Primärlues, von Spiethoff-Jena. (Zschr. f. ärztl. Fortb., Nr. 20, S. 565.) Verf. empfiehlt den Ictus therapeuticus maximus, und zwar in Gestalt hoher Anfangsdosen, aber unter Beachtung aller Kontraindikationen, die gegebenenfalls gegen das Salvarsan überhaupt vorhanden sind. Er hat mit diesem Verfahren bei seronegativer Primärlues ohne einschleichende Dosen 100%, bei seropositiver Primärlues 90% Erfolge. G. Assmann-Kiel.

Über das Schicksal der Formaldehydkomponente nach intravenöser Neosalvarsaninjektion, von Max Friedmann und Raimund Schwarzwald-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1678.) Ausgehend von der Neosalvarsanbehandlung der Pyelitis hat sich aus einer größeren Anzahl Versuche ergeben, daß die Schrawersche Reaktion zum Nachweis des freien Formaldehyds nicht die Anwesenheit von freiem Formaldehyd beweist, und daher auch nicht die Abspaltung desselben aus dem Neosalvarsan. Die das Vorhandensein von freiem Formaldehyd allein beweisende Jorrissensche Reaktion fiel sowohl bei Durchspülungsversuchen an exstirpierten menschlichen Nieren, als auch in frisch gelassenen Harnen von mit Neosalvarsan behandelten Luetikern negativ aus.

Digitized by Google

Nicht bewiesen ist, daß die Formaldehydkomponente des Neosalvarsans der therapeutisch wirksame Faktor bei der Pyelitis ist. Schließlich sind wir über das Schicksal der Formaldehydkomponente im Organismus nach Neosalvarsaninjektionen bisher nicht unterrichtet.
G. Assmann-Kiel.

Über intravenöse Novasurol-Neosalvarsanbehandlung der Lues, von Walter Bennigson-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 18, S. 503—504.) Zuerst wurde $^1/_2$ ccm Novasurol intravenös, tags darauf $^1/_2$ ccm Novasurol + Neosalvarsan Dosis II bei Männern bzw. Dosis I bei Frauen gegeben. Im Abstand von 5 Tagen folgten weitere einzeitig kombinierte Injektionen, auf 1 ccm Novasurol und Dosis III bzw. Dosis II ansteigend. Zwischen diesen 5tägigen Injektionen wurde am 3. Tage 1 ccm Novasurol in 1 ccm Aq. dest. verdünnt injiziert. Im ganzen wurden 8—10 Novasurol-Neosalvarsaninjektionen und ebensoviel reine Novasurolinjektionen verabreicht. Bei seropositiven Fällen, Lues II und Lues latens folgte eine Nachkur mit 30 g Adjuvan. Die manifesten Erscheinungen gingen auf diese Behandlung hin sehr rasch zurück. Die WR wird gut beeinflußt. Prinzipiell wurde nach 8 Wochen eine zweite Kur gemacht. Die Beurteilung der Dauererfolge steht noch aus.
F. Harry-Berlin.

Über die Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan-Novasurol nach Bruck und Neosalvarsan-Cyarsal nach Oelze, von C. Gutmann-Wiesbaden. (B. kl. W., 1921, Nr. 42, S. 1233.) Beide Methoden hat Verf. an einem größeren Material geprüft, und zwar bezüglich ihrer Einwirkung auf die klinischen und serologischen Erscheinungen, ihrer Nebenwirkungen und Schädigungen und ihres Einflusses auf die Zeit, in der sich Rückfälle einstellten. Abschließend kommt er zu einem vorsichtigen und zurückhaltenden Urteil und empfiehlt weitere Nachprüfung dieser Methoden.
E. Langer-Berlin.

Über ein Gemisch von Silbersalvarsannatrium und Salvarsannatrium, von Ueberhuber-Neustrelitz. (D. m. W., 1921, Nr. 45, S. 1361.) Zwecks Steigerung der Salvarsanmenge ohne Vergrößerung der Silbermenge mischte Verf. Salvarsannatrium mit Silbersalvarsan. Die Mischung ist klar, braun, ohne Niederschlag. Anfangsdosis: 0,15—0.2 Silbersalvarsan + 0,3 Salvarsannatrium.
F. Harry-Berlin.

Zur intravenösen Quecksilber-Salvarsanbehandlung der Lues, von S. Reines-Wien. (Ther. d. Gegenw., 1921, H. 10, S. 407.) Verf. bespricht und empfiehlt die Bruck-Becherssche intravenöse Novasurol-Neosalvarsanbehandlung, die er aber mit 8—10 reinen intravenösen Novasurolinjektionen zwischen den Mischinjektionen kombiniert, und zwar 1. um die genügende Quecksilbermenge zu erreichen, 2. um durch der ersten Mischinjektion vorausgeschickte Novasuroldarreichung eventuelle Salvarsan-Reaktionserscheinungen zu verhindern, und 3. um durch die Mehrzufuhr an Quecksilber eine „Verstärkung und Stabilisierung des Behandlungseffektes" zu bewirken.
E. Langer-Berlin.

Zur Frage des Einflusses schwerer Exantheme nach Salvarsan- bzw. Salvarsan-Quecksilberbehandlung auf den Verlauf der Syphilis, von G. Birnbaum-Würzburg. (B. kl. W., 1921, Nr. 43, S. 1270.) Verf. nimmt zu der Arbeit von Buschke und Fehymann Stellung und glaubt, daß nur in verhältnismäßig seltenen Fällen ein günstiger Einfluß des Salvarsan- resp. Hg-Exanthems zu beobachten sei. Für eine Auslösung unspezifischer, immunisatorischer Vorgänge durch das Exanthem fehle jeder Anhalt, zumal nach seiner Auffassung die Abwehrkräfte durch das wochenlange hohe Fieber im Verlaufe der Exantheme eher leiden als gestärkt werden. Infolge der sehr starken Reaktion im ganzen Körper kommt es zu einer stärkeren Durchtränkung der Gewebe mit den im Körper befindlichen kumulierten resp. überdosierten Mittel — Hg und Salvarsan. Der günstige Einfluß des Fiebers (Möglichkeit der Schwächung der Lebensfähigkeit der Spirochäten) spielt auch eine Rolle.
E. Langer-Berlin.

Ikterus nach Salvarsan, von Heinrich Dicke. (Diss., Bonn 1920, Klinik Hoffmann.) 23 Fälle. Der Ikterus nach Salvarsan tritt als Früh- oder Spätikterus auf, und zwar nicht nur bei Luetikern, sondern auch mitunter bei nichtsyphilitischen Kranken. Obwohl die Syphilis einen Icterus praecox ohne jede Therapie bewirken kann, ist doch der sog. Salvarsanikterus als syphilogen nicht zu deuten. Die Angabe, daß er ein Monorezidiv der Leber, also syphilitischer Natur sei, ist für die größere Mehrzahl der Fälle nicht zutreffend. Der Umstand, daß im Frieden seltener ein solcher Salvarsanikterus beobachtet wurde, legt schon die Vermutung nahe, daß eine Kriegsschädigung alimentärer Art an der Häufung der Fälle mitbeteiligt ist. Da die Leberzellen sowohl Hg als Salvarsan deponieren und längere Zeit festhalten, so kann eine erhöhte Geneigtheit zu Erkrankung wohl angenommen werden, die dann durch geringfügige, für

Digitized by Google

eine nicht belastete Leber harmlose Schädigungen geweckt wird. Als Therapie kommt neben Aussetzen des Hg und Salvarsan reichliche Flüssigkeitszufuhr und Ikterusdiät in Betracht. F. Weiler-Leipzig.

Über Salvarsanikterus, von Ernst Richter. (Diss., Jena 1920.) Von den 2023 Pat. (1184 Männer und 839 Frauen), die in der Zeit von 1910 bis Mitte 1919 an der Jenaer Hautklinik mit Salvarsan behandelt wurden, haben 58 Ikterus bekommen. Periodenweise wurde ein gehäuftes Auftreten der Fälle beobachtet. 38 Fälle fallen allein in die Zeit vom September 1913 bis Mitte Juli 1914 — in dieser Zeit wurden Versuche mit Serumsalvarsan angestellt —, sämtliche Spätikterusfälle nach Gebrauch des Wassersalvarsan und auch sehr viele Frühikterusfälle traten nur in den Jahren 1917 bis Mitte 1919 auf. Seitdem haben sich diese Erkrankungsfälle nicht mehr so gehäuft. Beachtenswert ist, daß Fälle von Spätikterus auch bei Leuten vorgekommen sind, die während des Krieges die beste Friedenskost hatten, und bei denen vor der Salvarsanbehandlung keine krankhaften Veränderungen außer der Lues nachzuweisen waren. Sehr auffällig ist es, daß die Ikterusfälle bei Gebrauch des Serumsalvarsans fast alle zu gleicher Zeit auftraten, zu einer anderen Zeit aber überhaupt nicht beobachtet wurden. Die Gelbsucht dauerte 1—6 Wochen an. Nach Ablauf des Ikterus wurde das Salvarsan in 19 bekannten Fällen ohne Beschwerden vertragen. Nur von einem Fall ist bekannt, daß er wieder Intoleranzerscheinungen auslöste. F. Weiler-Leipzig.

Salvarsanschädigungen als Störung des Ionengleichgewichts, von F. Jacobson und E Sklarz, Rudolf-Virchow-Krankenhaus Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 44, S. 1327 bis 1331.) Die Verf. unterziehen zunächst die Gründe, die bisher für die im Verlauf oder nach der Behandlung bei Luetikern seit den Kriegsjahren in Deutschland in gehäuftem Maße auftretenden Schädigungen angeführt worden sind, einer eingehenden Kritik. Sie bringen dann den überraschenden und klaren Beweis, daß die durch vorwiegend vegetabilische Nahrung hervorgerufene Kaliumanreicherung und Kalziumverarmung des Organismus an der Häufigkeit und Schwere der Schädigung schuld ist. Die Summation der K- und As-Ionen (Salvarsan) und das Fehlen der den K- und As-Ionen antagonistisch wirkenden Ca-Ionen bedingen eine höhere Toxizität des Salvarsans (Beweis durch Experimente an Kaninchen erbracht). Somit ist auch das gehäufte Auftreten von Leberschädigung erklärt. Die Leber besitzt bekanntlich die Fähigkeit, Metalle, Alkaloide und Toxine zurückzuhalten, und ist infolge der verschlechterten Ernährungsverhältnisse Schädlichkeiten gegenüber nicht mehr resistent genug. F. Harry-Berlin.

Über fieberhafte Dermatitis nach kombinierter Quecksilber-Salvarsanbehandlung, von W. Peters-Breslau. (B. kl. W., 1921, Nr. 44, S. 1303.) Während der kombinierten Kur bei zwei Pat. aufgetretene Exantheme, die mit Abschuppung, Blasenbildung, Fieber und schweren Allgemeinerscheinungen einhergingen, führt Verf. in Anlehnung an die Wechselmannsche Auffassung der Exantheme auf das Quecksilber zurück, will aber andererseits dem Salvarsan nicht jede Mitwirkung absprechen. Nach den Anschauungen des Verf. setzt in bestimmten Fällen die Salvarsanzufuhr gewisse Schädigungen der Leber und anderer Organe, von denen vor allem die erstere dazu bestimmt sein soll, unter normalen Verhältnissen das Hg zurückzuhalten und nur nach und nach an den Kreislauf abzugeben. Diese Aufgabe der Leber kann durch das Salvarsan gestört werden, wie ja auch sonst Leberschädigungen durch Salvarsan bekannt sind (akute gelbe Leberatrophie; stärkere Urobilinausscheidung nach Salvarsan).
E. Langer-Berlin.

Prophylaxe und Therapie der nitritoiden Krisen (Le traitement préventif et curatif de la crise nitritoide), von G. Milian-Paris. (Presse méd., 1921, Nr. 65.) Die Bezeichnung „nitritoide Krise" hat M. für die Kongestionszustände, welche als Nebenwirkung bei der Injektion von Arsenobenzol sich einstellen können, gewählt, weil sie große Ähnlichkeit mit den Folgen der Einatmung von Amylnitrit darbieten. M. führt solche Schädigungen auf zu schnelle intravenöse Einspritzung des Präparates 914 zurück. Wenn man statt der Spritze den Heberapparat verwendet und sich 10—15 Minuten Zeit läßt, nicht kontinuierlich, sondern in Absätzen einlaufen läßt, auf Puls und Injektionszustand der Konjunktiven achtet und für die nötige Ruhe vor (sowie nach) der Injektion sorgt, können üble Folgen vermieden werden. Im Anfall selbst ist sofort eine intramuskuläre Injektion von $1^1/_2$ mm Adrenalin zu geben.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Kriegspathologische Erfahrungen, von Hermann Jaffé und Hermann Sternberg. (Virch. Arch., Bd. 231, S. 346—438.) 10 Soldaten starben kurz nach der Salvarsaninjektion, 2 nach der ersten, 8 nach der zweiten. Anatomisch fanden sich 5 mal

Digitized by Google

kleinere oder größere Blutungen im Gehirn, 2mal hochgradiges Gehirnödem, 1mal zentrale Lebernekrosen. In 6 Fällen wurde die deletäre Wirkung des Salvarsans durch die vorhandene Konstitutionsanomalie (Status thymicolymphaticus usw.) erklärt, und nur bei 2 Fällen konnte die Obduktion den Grund dafür nicht feststellen. In dem einen Falle handelte es sich um eine Malaria tertiana, bei der sich die eben erwähnten zentralen Lebernekrosen fanden, bei dem zweiten um eine Tabes mit einem hochgradigen Gehirnödem und eine Sklerose der basalen Gehirngefäße. E. Wolf-Braunschweig.

Die hämoklasische (nitroide) Krise des Arsenobenzols (La crise hémoclasique [nitroide] de l'Arsenobenzol), von Leredde und Drouet. (Gaz. des hôp., 1920, Nr. 105.) Die nitroide Krise ist nur ein besonderer Fall der hämoklasischen. Es handelt sich um physiko-chemische, an die Bildung von Präzipitaten im Blute gebundene Phänomene. Die nitroide Krise wird eingehend beschrieben und darauf hingewiesen, daß die Gesichtsröte bisweilen durch Urtikariaeruption ersetzt werden kann. Von Widal sind verschiedenartige Veränderungen des Blutes während der Krise festgestellt worden, die sich in seltenen Fällen zu verstärken scheinen, wodurch dann der Anfall bedenklicher werden kann, es kann zu Hämorrhagien kommen. Schlechter Zustand des Herzens gibt bedenkliche Prognose. Indessen ist die Zahl der Todesfälle im Verhältnis zu der der Injektionen sehr gering, auch ist zu bedenken, daß ähnliche Zufälle auch nach intravenösen Injektionen anderer Substanzen vorkommen. Der Eintritt der Krise ist beim Novarsenobenzol an einen schon vorher bestehenden individuellen organischen Zustand des Kranken gebunden, beim Arsenobenzol liegt fast immer ungenügende Alkalisierung als Ursache vor. Die einmal Befallenen haben stets oder bisweilen die Krise wieder, bei einzelnen schwindet die „Idiosynkrasie". Die Erklärung der Krisen durch suprarenale Insuffizienz (Milian) erscheint wenig begründet. Als auffallend wird berichtet, daß von 36 Kranken mit Krisen 13 Ikterus hatten, und zwar meist schon zuvor; bei 4 anderen Kranken fand sich Albuminurie. Die Dauer der Behandlung scheint nicht ohne Einfluß zu sein, die Krisen sind häufiger bei prolongierter Behandlung, doch wollen Verff. damit nicht die Theorie der Anaphylaxie stützen. Sind die Erscheinungen gering, so kann die Behandlung bei vorsichtigen, zunächst geringeren, dann steigenden Dosen fortgesetzt werden. Prophylaktisch Adrenalin, das jedoch unsicher wirkt. Bei Herzstörungen Behandlung abbrechen. Bei mittleren Krisen nach Novarsenobenzol statt dessen Arsenobenzol, gut alkalisiert, eventuell in subkutaner oder intramuskulärer Injektion, die jedoch große Schwierigkeiten bieten; es bleibt dann nur Hg-Behandlung übrig. Die Krisen sind also jedenfalls eine bedenkliche Komplikation. Die Identität der hämoklasischen und nitroiden Krisen ist eine neue Stütze für die Theorie, daß die seröse Apoplexie nichts mit diesen zu tun hat, sondern auf Herxheimerscher Reaktion beruht; sie erscheint auch nur im Verlaufe der ersten Injektionen. E. Levin-Berlin.

Untersuchungen über die Verteilung von As und Hg im menschlichen Körper nach kombinierter Salvarsan-Hg-Behandlung (II. Teil), von E. Fränkel und W. Ulrich-Berlin. (Med. Kl., 1921, Nr. 21.) Verff. hatten Gelegenheit, die Organe eines nach antisyphilitischer Behandlung verstorbenen Pat. zu untersuchen. Der am 9. III. 1920 verstorbene Kranke hatte erhalten in der Zeit vom 12. I. bis 27. I. 1920 13 Injektionen von Hg. salicylicum zu 0,04, also etwa 220 mg Hg; in der Zeit vom 1. III. bis 5. III. noch 5 g Quecksilber in Salbenform. In dem gleichen Zeitintervall (11. I. bis 27. I.) erhielt er 4 Neosalvarsaninjektionen zu je 0,3 intravenös, und 5 ebensolche in der Zeit vom 5. II. bis 27. II., also insgesamt 2,7 g. Nach Lockemann berechnet sich die Gesamtdosis As auf 500 mg. Die Analysen umfaßten: Exsudat, Harn, Gehirn, Milz, Nieren, Lunge, Leber und Herz. Im Urin fanden sich 10,8 mg im Liter; man kann also annehmen, daß einige Hundert Milligramm As während der Behandlungszeit wieder ausgeschieden worden sind. Das Exsudat betrug 400 ccm und enthielt einen Arsengehalt von 3,1 mg auf 1 kg. Nach demselben Prozentsatz berechnet, enthielten: Gehirn 1,5 mg, Milz 4,5 mg, Nieren 15,4 mg, Lunge 4,5 mg, Leber 30,2 mg, Herz 2,5 mg. Im Exsudat, im Harn, Gehirn und Herz war Hg nicht nachweisbar. In der Milz fand sich 2,2 mg je Kilogramm, in den Nieren 9,6 mg und in der Leber 5,1 mg. Demnach berechnen Verff., daß der etwa 70 kg schwere Mensch eine Retention von etwas mehr als 200 mg As hatte. Bemerkenswert ist dabei, daß die Leber für sich allein mehr als 60 mg retiniert hat, und die Nieren mit etwa 16 mg auch stark bei der Retention beteiligt sind. Dies stimmt aber gut überein mit den experimentell beim Kaninchen erhobenen Befunden. Umgekehrt ist auch der außerordentlich niedrige Gehalt von 1,5 mg As $^0/_{00}$ im Gehirn von Bedeutung, indem damit eine Erklärung für die Unwirksamkeit der Salvarsantherapie bei Lues des Zentralnervensystems geboten wird. Beim Hg ist

Digitized by Google

die Bevorzugung der Nieren (9.6 mg Hg ‰) gegenüber der Leber (5,1 mg Hg ‰) bemerkenswert und befindet sich in Übereinstimmung mit den klinischen Erfahrungen. Die Einzelheiten der chemischen Analyse, die nach der Vorschrift von Lockemann ausgeführt wurde, müssen im Original nachgelesen werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Einfluß des Sulfarsenols auf die Wassermannsche Reaktion bei der Behandlung der Syphilis (De l'influence du sulfarsénol sur la réaction de Bordet-Wassermann dans le traitement de la Syphilis), von L. Duroux. (Progr. méd., 1921, Nr. 15.) Sulfarsenol zeigte sich außerordentlich wirksam und dem Altsalvarsan fast gleichstehend. Positive Reaktion wurde schnell umgewandelt, die negativ gewordene blieb lange Zeit so. Prompte Einwirkung auf die Zerebrospinalflüssigkeit. E. Levin-Berlin.

Pseudotabiker und Übungstherapie (Pseudotabetics and Their Reeducational Treatment), von Pierre Kouindjy-Paris. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 6.) Pseudotabes kann auf Intoxikation, Infektion (auch Syphilis), Überarbeitung beruhen, die Symptome ähneln denen der Tabes, der Unterschied besteht in der schnellen Entwicklung und der völligen Heilbarkeit. Die Behandlung muß ätiologisch und symptomatisch sein, die Physiotherapie steht an erster Stelle, und vor allem ist die Übungstherapie von Wichtigkeit, die in gleicher Weise auf die motorischen Störungen und den psychischen Zustand der Pseudotabiker einwirkt. E. Levin-Berlin.

Silbersalvarsan bei multipler Sklerose, von F. Meyersohn-Frankfurt. a. M. (B. kl. W., 1921, Nr. 43. S. 1272.) Ein Versuch der Behandlung der multiplen Sklerose mit Silbersalvarsan, in geeigneten Fällen auch eine Wiederholungskur, wird vom Verf. empfohlen, wenn er auch Heilung damit nicht gesehen hat. Dagegen fand er bei den von ihm behandelten Fällen eine günstige Beeinflussung und ein Zurückgehen der Symptome, besonders in den mit einzelnen Schüben einhergehenden Erkrankungsformen. E. Langer-Berlin.

Neurorezidive, insbesondere Paralyse nach Salvarsanbehandlung, von Wilhelm Krug. (Diss., Halle 1920.) Auf Grund von sechs Fällen kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß unzureichende Salvarsangaben bei ungenügender Vorbehandlung luetisch Infizierter den Eintritt der Späterkrankungen beschleunigen, während nach ausreichender Vorbehandlung spätere, wenn auch geringere Salvarsangaben das Bild der Paralyse milder gestalten. F. Weiler-Leipzig.

Über den Einfluß von Nuklein- und Arseneinspritzungen in steigender Dosis auf die Wassermannsche Reaktion. Beitrag zur Behandlung der allgemeinen Paralyse (Influence des injections de nucléine et de la saturation graduelle avec l'arsenic sur la réaction de Wassermann. Contribution au traitement de la paralysie générale), von P. Pregowski. (Progr. méd., 1921, Nr. 40.) Es wurden Paralytiker, zum Teil in fortgeschrittenem Stadium, serienweise mit Einspritzungen von Natr. nucleinicum, Acid. arsenicosum, Acid. arsenicicum (beide beginnend mit 0,001, täglich steigend um die gleiche Dosis), Natr. kakodylicum, Arsyndicol (beide mit 0,01 beginnend, täglich steigend) behandelt. Die Dauer der Behandlungen betrug 10—32 Wochen, während des letzten Drittels der Zeit wurde mit den Arseneinspritzungen rasch herabgegangen. Der Zusammenhang einiger Todesfälle mit den Einspritzungen kann nicht als sicher angesehen werden. Besserung des Geisteszustandes trat oft ohne Besserung der WR ein, wo diese jedoch gebessert war, zeigte sich auch eine Besserung des psychischen Zustandes. 4 Fälle (1 mit Nuklein, 3 mit Arsen) konnten ihren Beruf wieder aufnehmen. Die zahlreichen Besserungen der WR (29% bei Arsen, 28% bei Nuklein) bei der verhältnismäßig geringen Zahl der Verschlechterungen (19% bei Arsen, 17% bei Nuklein) sprechen bei der sonst festzustellenden Neigung der WR bei der Paralyse zur Verschlechterung, für den günstigen Einfluß der Einspritzungen. E. Levin-Berlin.

Ulcus molle, Granuloma venereum usw.

Das venerische Granulom (El granuloma venéreo), von W. H. Hoffmann-Wilhelmshaven. (Rev. Médica de Hamburgo, Jahrg. 1920, Nr. 3.) In den Tropen gesellt sich zu den in allen Ländern bekannten Geschlechtskrankheiten eine vierte, das venerische Granulom. Der Übertragungsmodus ist der Geschlechtsakt. 1896 wurden die ersten Fälle in Guyana eingehender untersucht. Die Krankheit beginnt mit einem kleinen Körnchen an der äußeren Seite der Geschlechtsteile. Die Ursprungsstelle geht schnell in Ulzeration über unter Absonderung eines übelriechenden Sekretes, welches die Erreger massenhaft in den Zellen eingeschlossen enthält. Die Ulzeration verbreitet sich nach der Leistengegend, Anus und Schenkel und bildet einen großen granulierten

Digitized by Google

Tumor von hellroter Farbe und ulzerierter Oberfläche, bedeckt von weichen Knötchen, die eine graue, dicke, eitrige, übelriechende Flüssigkeit enthalten. Im weiteren Verlauf heilt das Granulom oft an einzelnen Stellen unter Narbenbildung ab, breitet sich aber an anderen Stellen weiter aus. Die Krankheit kann 10—20 Jahre dauern. Der Allgemeinzustand ist häufig gut, wenn auch manchmal infolge großer Eiter- und Lymphverluste der Kranke stirbt. Dagegen erreicht die Entstellung der ergriffenen Körperteile höchste Grade. Pathologisch-anatomisch ist das Granulom ein chronischer Zellentumor, der sich am meisten dem Rhinosklerom nähert. Den Hauptbestandteil des Tumors bilden große plasmatische Zellen, die in Form von Knötchen in der oberen Hälfte der Kutis abgelagert sind. Dazu treten große Anhäufungen von Eiterzellen. Die Zellhaufen gruppieren sich in der Nähe der Talg- und Schweißdrüsen, der Blut- und Lymphgefäße und der Follikel. Der Tumor ist sehr gefäßreich. Eine Verschleppung der Zellen in innere Organe findet nicht statt. Der Erreger ist ein Bakterium und wurde „Calymmato bacterium granulomatis" genannt. Die Differenzierung von einigen anderen Mikroben, wie Friedländer ist schwierig. Er ist gramnegativ. Mit Giemsa nimmt er eine Färbung von dunkelviolett bis rötlichschwarz an. Die Kapsel ist rosafarbig und scharf markiert. Die Bakterien in Doppelkokken- oder Stöckchen-Form sind meist in den Zellen und in den Leukozyten abgelagert. Die Diagnose und Differentialdiagnose des venerischen Granuloms ist leicht. Bei der Behandlung erwies sich Quecksilber, Salvarsan und Jod als wirkungslos. Das Antimon in Form von Tartarus stibiatus ist das wirksamste Spezifikum, injiziert in Intervallen von 2—4 Tagen, 60—120 ccm einer 1‰igen Lösung. Neuerdings injiziert man 4—10 ccm einer 1%igen Lösung.

H. Deselaers-Krefeld.

Granuloma inguinale; Granuloma venereum; Granuloma der Schamgegend; ulzeröse Vulvitis; serpiginöse Ulzeration der Genitalien usw. (Granuloma inguinale), von K. M. Lynch. (J. Am. m. Ass., 1921, Bd. 77, Nr. 12, S. 925—929.) Die Affektion kommt rein für sich, hervorgerufen durch den nach Donovan benannten Erreger, wie auch in Verbindung mit Blennorrhoe besonders aber Syphilis vor. Für die Therapie sind 4 Gruppen zu unterscheiden. 1. Kleine Affektionen werden exzidiert, danach Injektionen von Tartarus emeticus. 2. Reine Fälle, die kürettiert und kauterisiert werden können und unter nachfolgenden Tartarus stibiatus-Injektionen heilen. 3. Reine Fälle, die nur auf die Injektionstherapie allein heilen. 4. Mit anderen Krankheiten, besonders Syphilis, komplizierte Fälle, in denen die Tartarustherapie allein nicht hilft und das andere Leiden energisch in Behandlung genommen werden muß. Zur Injektion werden zunächst 3 ccm der 1%igen Tartaruslösung aufgefüllt auf 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung oder destillierten Wassers, steril verwandt. Jeden 3. Tag wird die Dosis um 2 ccm bis schließlich auf 12 ccm der 1%igen Tartaruslösung, die manchmal Nebenerscheinungen macht, gesteigert.

E. Sklarz-Berlin.

Beitrag zur Diagnose des Ulcus mixtum: die Wassermannreaktion beim Ulcus molle (Contribution au diagnostic du chancre mixte: la réaction de Bordet-Wassermann dans le Chancre simple), von G. Thibierge und P. Legrain-Paris. (Presse méd., 1921, Nr. 57.) Bei 104 Kranken mit Ulcus molle haben Verff., um die Möglichkeit des Vorliegens eines Ulcus mixtum zu berücksichtigen, gleich bei der Aufnahme die Original-WR ausgeführt und dies, soweit es bei dem ambulanten Krankenmaterial möglich war, nach angemessenen Pausen wiederholt. Bei 22 Untersuchten war die Reaktion von vornherein positiv, doch fand sich unter diesen nur ein einziger, von dem angenommen werden konnte, daß wirklich ein Ulcus mixtum vorlag. Die übrigen zeigten teils (6) nachweislich schon bestehende Syphilis, teils mußte nach dem Datum der Geschwürsentwicklung die Diagnose gemischtes Ulkus abgelehnt werden. Von den 82 Kranken mit anfänglich negativem Wassermann stellten sich nur 26 zur weiteren Beobachtung ein. Nur ein einziges Mal wurde nachträglich noch ein positiver Ausschlag beobachtet. Demnach ist das Ulcus mixtum in der Nachkriegszeit sehr viel weniger häufig vertreten, als manche Ärzte angenommen haben.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Blennorrhoe.

c. Therapie.

Die Richtlinien für die Tripperbehandlung (L'orientation du traitement de la blennorragie), von Cattier. (Progr. méd., 1921, Nr. 9.) Es muß in Betracht gezogen werden, daß angeblich 80% der anscheinend geheilten Gonokokkenträger bleiben. Wenn irgend möglich, ist abortiv zu behandeln. Wichtig für die Behandlung der chronischen

Digitized by Google

Blennorrhoe ist Massage, endourethrale Diathermie, Vakzinetherapie, Autovakzinetherapie (die aber, da trotzdem lokal behandelt werden muß, für die große Masse ohne Bedeutung ist), spontane Vakzination (Abschwächung für spätere Erkrankung durch einmal durchgemachten Tripper). Von großem Werte ist die Auffindung elektiver Nährböden, ferner die Kriterien der Heilung. Ausgehend von der Erkenntnis häufiger Residuen in den Drüsen ergibt sich die Notwendigkeit der Untersuchung des Spermas. Bei der Frau liegen die Verhältnisse noch schwieriger. Nach Heilung des Trippers ist eine Fastenzeit erforderlich, 3 Monate Enthaltsamkeit, Ausübung des Verkehrs zunächst nur mit Vorsichtsmaßregeln, persönlicher Prophylaxe. L. Levin-Berlin.

Über den Wert verschiedener Provokationsmethoden bei Gonorrhoe, von Fritz Drexler. (Diss., Tübingen 1920.) Die intravenöse Arthigoninjektion von 0,1 ccm Arthigon + 0,4 ccm physiologischer Kochsalzlösung als Provokation bei Männern ist von hervorragend diagnostischem Wert. Nachdem negativen Ausfall der Arthigonprovokation (eventuell noch am 5. Tag) wird eine mechanische Provokation angeschlossen.
F. Weiler-Leipzig.

Vakzinetherapie bei akuter Gonorrhoe (Vaccinothérapie dans les urétrites gonococciques aigues), von A. Demonchy. (Presse méd., 1921, Nr. 76, S. 756—757.) Bei der Vakzinetherapie gehen 2 Vorgänge, ein spezifischer und ein unspezifischer, parallel. Der Erfolg hängt weniger von der Zahl der Injektionen als von der Gesamtmenge des eingeführten Antigens ab. Am besten haben sich dem Verf. Vakzine bewährt, die mit Magnesiumsulfat hergestellt waren. Der Nährboden braucht nicht mit Serum, defibriniertem Blut oder Aszites hergestellt zu werden, es genügt, wenn man dem Fleischwassernährboden 2%iges Pepton zusetzt, das reich an Aminosäure sein muß und nicht zu stark alkalisiert. Die Kultur wird 24 Stunden lang bei 35—36° im Brutschrank gehalten. Mit 1%igem Magnesiumsulfat wird dann eine Emulsion hergestellt, diese 1 Stunde lang auf 56° erhitzt, darauf 24 Stunden stehen gelassen, abgegossen, der Rückstand zentrifugiert, gewogen und, mit Magnesiumsulfat aufgefüllt, in gewünschten Mengenverhältnissen in Ampullen gefüllt, die sterilisiert werden. Man injiziert streng subkutan in die Gegend 5 cm über und hinter der Spin. iliac. ant. sup. Bei frischer Blennorrhoe, geringem Ausfluß und zahlreichen extrazellulären Gonokokken gibt man zunächst 5 mg, sonst 1—2 mg, im subakuten Stadium (25.—30. Tag) 10—20 mg; war ein derartiger Fall bereits mit Spülungen behandelt, so ist es besser, erst 2 oder 3 kleinere Dosen von 2—5 mg vorzugeben. Die Injektionsmenge war richtig und wirkt, wenn die Zahl der Phagozyten und Gonokokken im Verhältnis zu 100 Leukozyten im Laufe der nächsten 24 Stunden absinkt. Nach erheblicher Besserung für einige Tage Spülungen sollen in wenigen Tagen Heilung erzielen. Wendet man die Vakzination bei schon gespülten Fällen an, so vermeidet man nach Angabe des Verf. etwaige Komplikationen und kürzt den Verlauf der Erkrankung ab, wenn auch nicht so rapid wie in dem ersten Falle.
E. Sklarz-Berlin.

Bemerkungen über die Vakzinetherapie der Blennorrhoe (Remarques sur la vaccinothérapie antigonococcique), von A. Sézary. (Progr. méd., 1921, Nr. 20.) Im allgemeinen wird man sich auf die Anwendung von Stammvakzinen beschränken, da die Herstellung von Autovakzinen oft unmöglich ist, dadurch auch viel Zeit verloren geht. Die Beimengung anderer neben dem Gonokokkus sich findender Bakterien zu der Vakzine erscheint unzweckmäßig; ebenso sind chemische Prozeduren bei der Herstellung (amerikanische Lipo-Vakzine) zu verwerfen. Ölige Zubereitungen scheinen den wäßrigen überlegen zu sein. Die Reaktion ist nicht nur von der bestimmten Dosis, sondern auch von der Art der Herstellung, Alter des Präparates abhängig; auch verschiedene Personen reagieren verschieden. Die intrakutane Injektion verdient den Vorzug vor der intravenösen (zu starke Reaktion) und dem digestiven Wege (zu geringe Reaktion). Verf. hebt den besonderen Vorzug der von ihm hergestellten Lipo-Vakzine hervor, die es gestattet, mit jeder Injektion 6—30 Milliarden Keime einzuführen. Die lokale Reaktion scheint ohne Bedeutung für die Heilwirkung, die allgemeine tritt erst von gewisser Dosis an auf, die Herdreaktionen sind gewissermaßen der Herxheimer-schen Reaktion bei der Syphilis vergleichbar. Für den Erfolg ist eine mäßige allgemeine Reaktion erwünscht, zu starke bewirken eine zu lange negative Phase. Im allgemeinen ist eine Pause von 3 Tagen angebracht, die Reaktion soll seit 24 Stunden geschwunden sein. Die Dosis ist allmählich zu steigern, die Einspritzungen müssen bis zur Heilung fortgesetzt werden. Lokale Maßnahmen sind mit der Vakzinetherapie zu kombinieren. Die besten Wirkungen werden bei den Komplikationen des Trippers erzielt, doch ist auch der Einfluß auf die akute blennorrhoische Urethritis unleugbar. Chronischwerden des

Digitized by Google

Prozesses wurde niemals beobachtet, auch bei chronischer Blennorrhoe wurde die Wirksamkeit sonstiger Therapie durch die Vakzine unterstützt. E. Levin-Berlin.

Die Lichtbehandlung der weiblichen Gonorrhoe, von Heinrich Guttmann-Frankfurt a. M. (Monschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1921, Bd. 56, H. 1—2.) Verf. hat bei chronischen Fällen von weiblicher Blennorrhoe mit den von Christen angegebenen wassergekühlten Leuchtsonden bei 9 Fällen in 6 Fällen völlige Gonokokkenfreiheit erzielt. Es handelte sich um schon mehr als 10 Wochen vorher erkrankte Frauen. Die Leuchtsonden wirkten durchschnittlich in 7—10 Sitzungen je 90 Minuten lang. Meist schon nach 3 Sitzungen nimmt das Zervikalsekret ab, mit dem Verschwinden der Gonokokken wird die Zahl der Leukozyten geringer und das Aussehen des Zervixpfropfens wird glasiger, um zuletzt wieder seine normale Farbe und Beschaffenheit anzunehmen. Trotz der guten Erfolge ging Verf. doch zu einer Kombination von Leuchtsondenbehandlung und Cholevalstäbchenbehandlung über. Verf. glaubt, daß, wenn es gelingt, die Lichtmenge zu steigern, die Lichtbehandlung allein zum Ziele führen wird.

A. Rosenburg-Berlin.

Über die Bedeutung der Thermopenetration in der Therapie der weiblichen Gonorrhoe, von Ivan v. Büben-Budapest. (Zbl. f. Gyn., 1921, Nr. 41, S. 1485.) Es gelang Verf., von 110 an chronischer Blennorrhoe leidenden Pat., die durch lokale Therapie nicht zu heilen waren, 86 = 78% zu heilen, und zwar wurden die Frauen als geheilt angesehen, bei denen bei 3 hintereinander folgenden Untersuchungen des Zervikalsekretes dasselbe gonokokkenfrei war. Es wurde bis zu einer Temperatur von 50° erhitzt, jede Sitzung dauerte 15—20 Minuten mit stets 3—4 Tagen Zwischenraum. Im allgemeinen trat nach 10 Sitzungen Heilung ein, in 39% der Fälle erst nach mehr als 10 Sitzungen. Verf. verwandte Wood-Metall für die innere Elektrode, so daß er sie sich stets selbst gießen konnte. Zur Desinfektion wurden sie dann beständig in hochprozentiger Hydrarg. oxycyanat-Lösung gehalten. A. Rosenburg-Berlin.

Schnellbehandlung der Gonorrhoe durch Ionisation von Argentumlösungen (Traitement ultra-rapide de l'urétrite à gonocoques par ionisation de solutions argentiques), von Louis Phelip. (Lyon méd., 1921, Bd. 130, Nr. 15.) Die Methode ist keine Abortivbehandlung, da sie sich nicht auf ganz frische Fälle mit fehlenden entzündlichen Erscheinungen am Orifizium und nicht wesentlich getrübtem Urin beschränkt, sondern absolut sichere Resultate in allen nicht über 10 Tage alten Fällen erzielt. Über diesen Zeitpunkt hinaus erfordert sie längere Zeit und ist weniger sicher. Starke entzündliche Erscheinungen geben keine Gegenanzeige, bei Vorliegen von Prostatitis oder Epididymitis soll sie nicht angewendet werden. Nach Ausspülung der vorderen Harnröhre mit lauwarmem Wasser und Anästhesierung mit 5 ccm 2%iger Kokainlösung (8 Minuten lang zurückhalten, dann tropfenweise zur Anästhesierung des Meatus herauslaufen lassen) wird die Harnröhre mit 10 ccm einer 1%igen permangansauren Argentumlösung oder bei stärkerer Entzündung einer 3%igen Protargollösung angefüllt und unter vorsichtigem Zuhalten des Orifiziums ein am Ende mit einer Olive (13 Charrière) versehener Stab eingeführt, der mit dem negativen Pol eines konstanten Stromes verbunden wird. Während man einen Strom von 2—3 MA. hindurchgehen läßt, wird der Stab langsam die Harnröhre entlang geführt und in der Fossa navicularis etwas länger belassen. Die Sitzungen, deren Dauer je 3—5 Minuten betragen soll, werden unter Kontrolle des Sekretes ungefähr 3 Tage hintereinander wiederholt, bei noch positivem oder wieder positiv gewordenem Gonokokkenbefund öfter. Der Kranke selbst macht Einspritzungen mit schwacher Kal. permangan.-Lösung oder bei Anwesenheit anderer Mikroben mit Hydrarg. oxycyanat. Es folgt dann noch eine Ionisation der Fossa nav. im Endoskop mit 1 MA., ½ Minute, mehrmaliges Einlegen einer geraden Béniqué-Sonde, eventuell mit Massage und endoskopische Behandlung etwaiger entzündeter Drüsen. Unter den aufgeführten 10 gut geheilten und nach einigen Monaten nachuntersuchten Fällen befindet sich auffallenderweise nur eine erstmalige Blennorrhoe! E. Levin-Berlin.

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines, Anatomie.

Die Urologie und der praktische Arzt (Urology and the General Praktitioner), von E. O. Smith. (J. Am. m. Ass., 1921, Bd. 77, Nr. 11, S. 833—835.)

E. Sklarz-Berlin.

Digitized by Google

b. Penis, Urethra, Blase.

Über Indikationen und Kontraindikationen der endoskopischen Untersuchung und Behandlung der Harnröhre, von Alois Glingar-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39 bis 40, S. 1682.) Die Endoskopie sollte im allgemeinen häufiger angewandt werden, abgesehen bei akuten Entzündungsstadien. Für die trockene Endoskopie der Urethra anterior kann als Gegenanzeige das Stadium der profusen Eiterung gelten. Die Irrigationsurethroskopie der Urethra anterior zeigt nichts anderes als die trockene. Die trockene Endoskopie der hinteren Harnröhre ist kontraindiziert im akuten und subakuten Stadium, bei akuten Komplikationen und im chronischen Stadium bei Bakteriurie wegen der Gefahr der Epididymitis. Die Irrigationsurethroskopie der hinteren Harnröhre ist auch bei Bakteriurie gestattet. G. Assmann-Kiel.

Über Tuberkulose des Penis, von Hugo Thielmann. (Diss., Bonn 1920.) Es handelt sich um ein 7 cm langes Stück amputierten Penis, das von auswärts dem pathologischen Institut zu Bonn zur Untersuchung zugeschickt war; über die Krankengeschichte des Mannes ist nichts bekannt. Die Oberfläche der Corpora cavernosa und der Glans ist höckrig, aber an keiner Stelle von ulzerösen Prozessen durchbrochen. Die Glans penis, die Corpora cavernosa penis und das Corpus cavernosum urethrae zeigen auf der Schnittfläche eine nahezu homogene gelbliche Masse. Die einzelnen kavernösen Abschnitte sind nicht deutlich zu erkennen. Die Urethra ist gut durchgängig und zeigt keine Geschwürsbildungen. Nach dem mikroskopischen Untersuchungsbefund handelt es sich um eine chronisch hyperplastische Form der Tuberkulose, die sich auf die kavernösen Gewebe beschränkt. Nach Lokalisation und Ausbreitung ist eine hämatogene Infektion anzunehmen. F. Weiler-Leipzig.

Traumatische Zerreißung der Harnröhre (Rupture traumatique de l'urètre), von Murard. (Soc. nat. de Méd. et des sciences méd. Sitzung vom 13. IV. 1921. — Lyon méd., 1921, Bd. 130, Nr. 16.) Aus dem Verlaufe zweier vorgestellter Fälle zieht Verf. den Schluß, daß man es auch bei ausgedehnten Zerstörungen wagen kann, in Verbindung mit der Zystotomie die totale Naht und anschließende baldige Dilatation auszuführen. E. Levin-Berlin.

Zur Histologie der Induratio penis plastica, von Oskar Wiedhopff, Chir. Univ.-Klin. Marburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1921, Bd. 121, Nr. 3, S. 712—719.) Durch histologische Untersuchungen konnten auf anderen Ursachen beruhende Verhärtungen von der eigentlichen Induratio penis plastica abgegrenzt werden. Die Schilderung ist in fast allen wesentlichen Punkten mit der von Sachs bei der Untersuchung seines Falles erhobenen identisch. In einem Teile des Sachsschen Materials ist außerdem Knorpel und Knochengewebe vorhanden. Es handelt sich dabei um die bekannte Eigenschaft von wachsendem Bindegewebe, sich differenzieren und außer Bindegewebe auch Knorpel und Knochen bilden zu können. Es ist kein zwingender Grund vorhanden, die Verhärtungen, die Knochen- und Knorpelgewebe enthalten, als besondere Krankheitsform von der eigentlichen Induration abzutrennen. Vor allem fehlt jede Veranlassung, die Knochenbildung als einen Atavismus aufzufassen und sie für identisch zu erklären mit dem Os priapi der Nager. Als besonders wichtiger Befund soll hervorgehoben werden, daß von keinem der Untersucher bisher mikroskopisch entzündliche Veränderungen nachgewiesen werden konnten. Damit entfallen ohne weiteres die Grundlagen für die Auffassung derer, die in der Induratio eine Kavernitis bzw. Lymphangitis des Penis sehen. Auch dafür, daß es sich bei der Penisinduration um durch Gicht oder Arteriosklerose bedingte Veränderungen handeln könnte, ist in den Präparaten nichts Beweisendes zu finden. Auf Grund dessen, daß die Adventitia der kleinen Gefäße kräftig ausgebildet und im Gegensatz zu dem mehr peripher liegenden Gewebe recht zellreich ist, glaubt Verf. mit Sachs annehmen zu dürfen, daß die Gefäßscheiden der kleinen Gefäße der Ausgangspunkt für das Entstehen der Induration sind. Histologisch ist also die Induratio penis plastica genau wie die Dupuytrensche Kontraktur nach der Ausdrucksweise Jansons „eine fleckweise Hyperplasie des Bindegewebes", die ihren Ausgang von der Adventitia der kleinen Kapillaren nimmt. In älteren Stadien kommt es bei der Induratio plastica nicht selten zur Knorpel- und Knochenbildung. E. Wolf-Braunschweig.

Veränderungen der männlichen Harnröhre im Röntgenbild nach Kontrastfüllung, von Hans Kurtzahn-Königsberg i. Pr. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1921, Bd. 28, Nr. 4.) Die auf Einspritzung einer Aufschwemmung von Baryum sulfuricum puriss. 1:3 beruhende Methode ist indiziert bei älteren falschen Wegen, Harnröhrenfisteln, Strikturen vor und nach der Operation, Divertikeln. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Schleimhautzysten in der Muskulatur der Blasenwand, von W. Oppenheimer-Breslau. (Frankf. Zschr. f. Path., 1921, Bd. 25, H. 2, S. 334—340.) Fall mit Zysten, deren Wand aus ein- bis mehrschichtigem Epithel besteht, und die sich von den bisher beschriebenen der Cystitis cystica besonders durch die Einbettung in die Muskelschicht wesentlich unterscheiden. Der Ursprung der Zysten ist vielleicht auf eine überzählige, rudimentäre Ureterbildung zurückzuführen. H. Soltmann-Leipzig.

Über das sogenannte Ulcus simplex der Blase, von Rudolf Paschkis-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39—40, S. 1712.) Bericht über 11 Fälle von Ulcus simplex der Blase, aus denen geschlossen wird, daß es eine einheitliche Ursache für die Entwicklung dieser Geschwürsart nicht gebe. G. Assmann, Kiel.

Studien über Wechselbeziehungen zwischen Magen und Harnblase, von Ladislaus von Friedrich-Frankfurt a. M. (Zschr. f. d. ges. Med., Bd. 25, H. 1/2, S. 52.) Beobachtungen vor dem Röntgenschirm haben ergeben, daß bei exzessiv voller Blase Magenlage und -form geändert werden können, daß bei Entleerung der vollen Blase der Magen tiefer rückt, ferner daß beim Harnlassen des Normalen der Tonus des Magens abnimmt und nach Beendigung des Urinaktes, also bei leerer Blase, der Magen am tiefsten steht. Als Erklärung dieser Vorgänge kommt außer den veränderten Bauchinnenverhältnissen auch ein koordinierter Reflexvorgang in Betracht, und zwar in dem Sinne, daß bei Tonusveränderungen des einen Organs mit glatter Muskulatur gleichzeitig auch in andern solche vorkommen können. G. Assmann-Kiel.

Lage und Gestalt der Blase bei raumbeengenden Prozessen des Beckens, von Max Sgalitzer-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1724.) Die zystographische Untersuchung in den drei Hauptrichtungen des Raumes vermag uns in sehr verläßlicher Weise über die Gestalts- und Lageveränderungen der Blase bei raumbeengenden Beckenprozessen zu orientieren und erlaubt uns eine Rekonstruktion der anatomischen Verhältnisse am Lebenden. G. Assmann-Kiel.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Die Röntgenstrahlenbehandlung der Hoden- und Nebenhodentuberkulose, von L. Freund-Wien. (W. kl. W., 1921, Nr. 42, S. 511.) Verf. sieht die Heilwirkung der Röntgenstrahlenbehandlung einmal in der Reizwirkung zwecks Anregung von Granulations- und Narbenbildung, andererseits in der Absorption der Röntgenstrahlen durch das erkrankte Gewebe, das je nach seiner Lage günstiger oder weniger günstig beeinflußt wird. Nur in den Skrotalorganen gelegene tuberkulöse Prozesse sind besser zu beeinflussen, als die tief gelegenen Organe, wie Samenblase, Prostata, Blase und Niere. Die Tiefenbestrahlung mit schwer gefilterten, sehr harten und intensiven Strahlen will Verf. nur für die in der Bauchhöhle gelegenen tuberkulös erkrankten Organe angewandt wissen, während er die Skrotalorgane durch Reizbestrahlungen in 14—21 Teilbestrahlungen — täglich 6 Minuten Dauer, 1,5 Milliampere sekundäre Stromstärke, 20 cm FH-Distanz — günstiger beeinflußt. Mit dieser Methode erzielte Verf. bei nur auf Hoden und Nebenhoden beschränkte tuberkulöse Prozesse radikale Erfolge, bei weiter vorgeschrittenen, mit Erkrankung der Samenblasen, Blase, Prostata und Nieren komplizierten tuberkulösen Prozessen einen Stillstand. Unterstützt wurde die Röntgenbehandlung in jedem Falle durch physikalische, auf den Organismus anregend wirkende Allgemeinbehandlung in Form von Lichttherapie, Solbäder usw. In geeigneten Fällen sind die Resultate durch vorhergehende chirurgische Behandlung zu verbessern.
E. Langer-Berlin.

Eitrige Orchitis, hervorgerufen durch Micrococcus melitensis (Orchite suppurée due au Micrococcus melitensis), von Pierre Lombard und Maurice Beguet. (Presse méd., 1921, Nr. 76, S. 753—754.) Der Erreger des Mittelmeer-(Malta-)Fiebers ruft nur in etwa 5—6% der Fälle Komplikationen an den Genitalien hervor, die, im allgemeinen von kurzer Dauer, gewöhnlich gutartig sind und in jedem Stadium der Erkrankung auftreten können. Häufig kommt es zu reaktionsloser Rückbildung der Orchitis oder Epididymitis, bisweilen unter Atrophie des Hodens. Im Vordergrunde stehen rein entzündliche Erscheinungen mit Ergüssen in die Tunica vaginalis. Vereiterung ist selten. Einen derartigen Fall hatte der Verf. zu beobachten Gelegenheit. Der linke Hoden war von Abszessen durchsetzt, im rechten Nebenhoden waren klinisch 2 Knoten nachweisbar. Sieben Wochen nach der notwendig gewordenen Entfernung des linken Hodens wurde der Patient geheilt entlassen. E. Sklarz-Berlin.

Über eine Behelfsvorrichtung zur thermischen Behandlung der Prostata, von Viktor Pranter-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1718.) Ein Stopfen wird

Digitized by Google

doppelt durchbohrt und durch die Bohrlöcher ein Gummischlauch durchgeführt. Das zuführende freie Ende wird mit einem Irrigator verbunden, das abführende in ein Spülgefäß geleitet. An der Schlinge des Schlauches werden zwei gleichgroße Lücken nahe der Durchtrittsstellen durch den Stopfen angebracht. Über die Schlinge wird eine Fisch- oder Gummiblase gestülpt und an einer am Stopfen eingeschnittenen Rinne festgebunden. Die Vorrichtung wird ungefüllt in die Ampulle des Rektums eingeführt, der Stopfen bleibt vor dem Anus. G. Assmann-Kiel.

Beitrag zur Nachbehandlung der Patienten mit suprapubischer Prostatektomie, von E. Geiser-Zweisimmen (Schweiz). (Zbl. f. Chir., 1921, Nr. 44, S. 1627.) Verf. hat einen langen Jaques-Katheter Nr. 13, den er von der Harnröhre aus durch die Blase leitet und die Spitze zu der suprapubischen Sektio alta-Wunde wieder herausleiten will, durch Anbringen zweier Öffnungen $12^1/_2$ und 14 cm von der Spitze des Katheters entfernt, modifiziert. Diese Öffnungen sollen genau im tiefsten Blasengrund zu liegen kommen, im Orificium internum und im Prostatawundbett. Die Vorteile des Katheters sollen besonders in der Möglichkeit einer Durchspülung von oben und unten liegen, Verf. hat bisher 3 Fälle mit gutem Erfolg behandelt.

A. Rosenburg-Berlin.

Prostatektomie unter schwierigen Verhältnissen (Prostatectomy in Bad Surgical Risks), von H. G. Bugbee. (J. Am. m. Ass., 1921, Bd. 77, Nr. 12, S. 905—909.) Weder hohes Alter noch Komplikationen von seiten des Herzens und der Nieren sind eine Kontraindikation gegen die Prostatektomie, sofern uns erst durch schrittweises Vorgehen möglichst günstige Bedingungen für die Operation und den Heilverlauf geschaffen sind. Bei der Ausschälung der Prostata sind Blutungen möglichst zu vermeiden, dann ist die Mortalität gering und der Erfolg stets besser als bei den Methoden schnelleren Vorgehens. E. Sklarz-Berlin.

Die chirurgische Behandlung des Prostatakarzinoms, von H. Rubritius-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1718.) Verf. tritt für die Frühdiagnose des Prostatakarzinoms ein, sofortige Operation nach einer der bekannten Methoden und Nachbestrahlung. G. Assmann-Kiel.

Zur Operation der hohen Retentio testis mit Durchschneidung des Samenstranges, von Hermann Küttner-Breslau. (Zbl. f. Chir., 1921, Nr. 43, S. 1582.) Verf. sieht sich durch 2 Fälle, bei denen er nach Durchschneidung der Samenstranggefäße eine Resorption des heruntergezogenen Hodens beobachten konnte, veranlaßt, vor einer doppelseitigen gleichzeitigen Operation zu warnen, wenn er auch die Resorption das eine Mal durch das entstandene Hämatom, und das zweite Mal durch die Abnormität des Hodens (Trennung des Nebenhodens vom Haupthoden, Trennung des Duktus und seiner Arterie von dem gradlinig zum retinierten Hoden laufenden Gefäßbündel erklären zu müssen glaubt, da diesen 2 Mißerfolgen sehr viele günstige Operationsbefunde gegenüberstehen. A. Rosenburg-Berlin.

Die Operation nach Bassini ohne Ablösung des Bruchsackes vom Samenstrang, von H. Neuberger-Wien. (W. kl. W., 1921, Nr. 42, S. 512.) Modifikation der Bassinischen Operation, deren Technik genau beschrieben wird, und mit der Verf. bei Kindern und Erwachsenen gute Resultate erzielt hat. E. Langer-Berlin.

„Verjüngung" und „Pubertätsdrüse", von A. Kohn-Prag. (M. Kl., 1921, Nr. 27, S. 804—806) „Verjüngung" im Sinne Steinachs als Wiederherstellung eines Jugendzustandes ist ausgeschlossen. Es ist aber gelungen, den Organismus im allgemeinen und die Sexualsphäre im besonderen zu lebhafteren Energieäußerungen anzufachen. Die von Steinach hierzu angewandten Methoden sind aber zu radikal und sind bedenklich. Besonders gegen die doppelseitige Vasoligatur sind schwere Bedenken geltend zu machen. Man könnte aber an eine Wiederaufnahme des Brown-Séquardschen Extraktverfahrens denken, denn auch bei Steinachs Verfahren handelt es sich hauptsächlich um Resorptionswirkungen und nicht um Inkretion der fraglichen „Pubertätsdrüse", wobei eine gewisse allgemeine Beziehung zu der modernen „Aktivierung" durch parenterale Proteinkörperzufuhr und ähnliches hergestellt ist. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Einfluß der Prostata auf die Gesundheit des Mannes jenseits des mittleren Lebensalters (The Influence of the Prostata on the Health of the Man Past Middle Life), von H. G. Bugbee-New York. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 2.) Zwischen 30 und 40% aller normalen Männer im Alter unter 60 Jahren weisen Hypertrophie auf, ungefähr 40% davon zeigen Symptome, und bei 25% von diesen handelt es sich um Karzinom. Für die eigentliche Hypertrophie wird unbedingt die Prostatektomie empfohlen, um zwar die intraurethrale Enukleation. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Störungen des Geschlechtstriebes bei den Kriegsverletzten, von V. Dessoeus. (Zschr. f. Sexualw., 1921, Bd. 8, H. 6.) In den Fällen von organischer oder psychischer Hirnverletzung ergaben sich bei 83 auf 93 Geschlechtlichkeitsveränderungen, und zwar Verlust oder bedeutende Schwächung des Geschechtstriebes und Geschlechtsreizes, Mangel oder Abschwächung der Erektion. Bei den Fällen peripherer Verletzung fast durchgängig Ausbleiben von Geschlechtlichkeitsveränderungen. Die Topographie des Schädeltraumas ist in bezug auf die Äußerung dieser Veränderung ohne Bedeutung.

E. Levin-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen mit Rattenparabiosen, III. Teil: Veränderungen der Geschlechtsdrüsen und der Organe, die damit in inniger Beziehung stehen, von R. Matsuyama-Tokio. (Frankf. Zschr. f. Path., 1921, Bd. 25, H. 3, S. 436 bis 485.) Bei der Parabiose eines Männchens mit einem Weibchen findet man Veränderungen in beiden Geschlechtsdrüsen. Ovarium: Hohe Entwicklung der Follikel, später Atresie, dann Entstehung der Corpora lutea. Verlust derselben im Spätstadium. Entwicklung von interstitiellen Drüsen mit zahlreichen Zysten. Hoden: Zuerst hohe Entwicklung, dann Degeneration. Bei dem Schwangerschaftsversuche an der Parabiose sind die Befunde der Geschlechtsdrüsen und anderer Organe des trächtigen Partners fast denen des schwangeren Einzeltieres gleich. Die innersekretorischen Organe des nichtträchtigen Partners zeigen fast stets der Schwangerschaft entsprechende Veränderungen. Bei den Kastrationsversuchen der Parabiose sind alle Befunde im kastrierten Partner fast gleich denen des kastrierten Einzeltieres. Der nichtkastrierte Partner zeigt reichliche Corpora lutea der Ovarien im Frühstadium, später Schwund derselben und reichliche Zystenbildung. Veränderungen der anderen Organe: Im Frühstadium Hypertrophie der Brustdrüsen, Veränderungen in Hypophyse und Nebenniere wie bei Schwangerschaft und Kastration; im Spätstadium Atrophie der Brustdrüsen, Degeneration und Zystenbildung der Uterusschleimhaut, sowie die entsprechenden Veränderungen der genannten Organe. Beim Männchen entwickeln sich in Parabiose mit einem kastrierten Tiere Hoden, Prostata und Samenblase abnorm. Hypertrophie der Brustdrüse entsteht durch das Hormon, das durch das Corpus luteum geliefert wird. Sein Verlust führt zur Degeneration des Uterus. Im Hypophysenvorderlappen treten Schwangerschafts- bzw. Kastrationszellen aus den Hauptzellen auf. Beide ähneln einander in Struktur, Entstehung, Funktion. Wenn das Corpus luteum erhöht oder gar nicht funktioniert, oder das Parenchym des Hodens degeneriert, zeigen die Hypophysenvorderlappen die bei Schwangerschaft und Kastration vorkommenden Veränderungen. Sie sind von der Degeneration des Follikels abhängig, die durch das Corpus luteum verursacht wird. Man kann daher die Schwangerschaft für vorübergehende Kastration halten. Bei beiden treten Hypertrophie und Lipoidzunahme der Zona glomerulosa der Nebennierenrinde auf. An den Schilddrüsen fällt reichliche Kolloidbildung in den Follikeln auf.

H. Soltmann-Leipzig.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Intra- und transvesikale Operationen am unteren Harnleiterende, von Viktor Blum-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1667.) Verf. bespricht die guten Erfolge bei folgenden von ihm ausgeführten Operationen. 1. Die Behandlung der zystischen Dilatation des vesikalen Harnleiterostiums durch Schlitzung des Sackes mittels der Elektrokoagulationssonde. 2. Die tiefe Einkerbung des einschnürenden Ureterringes mit der Elektrokoagulationssonde bei Steinen, die im intramuralen Teil des Ureters eingeklemmt sind. 3. Die Behandlung der tuberkulösen Striktur des Ostium ureteris durch Zerstörung des meist an der Uretermündungsstelle sitzenden Ulkus mittels Elektrokoagulation nach Nephrektomie. G. Assmann-Kiel.

Leitsonde zum Katheterismus der Harnleiter an der geöffneten Blase, von Anton Lieben-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1705.) Beschreibung einer neuen Leitsonde zur Ureterensondierung nach Sectio alta. G. Assmann-Kiel.

Über einen Fall von rechtsseitiger Ureterverdopplung mit Phimose des Ureters, von Hans Gallus Pleschner-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1716.) Bei einem Fall, der unter der Diagnose rechtsseitige infizierte Hydronephrose zur Operation kommt, findet sich eine vorher nichtdiagnostizierte rechtsseitige Ureterverdopplung mit Phimose des Ureters. G. Assmann-Kiel.

Über funktionelle Nierendiagnostik, von Leopold Casper-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 18, S. 493—496.) Verf. hält in einem Referat Rück- und Umschau über den Wert und die Bedeutung der funktionellen Nierendiagnostik und unterzieht dann die

Digitized by Google

einzelnen Untersuchungsmethoden einer eingehenden Kritik. Er empfiehlt, an den durch Ureterenkatheterismus aufgefangenen Harnen den Gefrierpunkt zu bestimmen, die Harnstoffmengen, die Farbdifferenzen nach Einspritzung von Indigokarmin, die Zuckermengen nach Phloridzininjektion und die Zeiten, nach denen die Zuckerausscheidungen beginnen, zu vergleichen, schließlich die AMBARDsche Konstante festzustellen.

F. Harry-Berlin.

Die Bedeutung der Pyelographie für die Diagnose der Nierentumoren, von RAIMUND TH. SCHWARZWALD-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1722.) Die diagnostischen Möglichkeiten bei Nierentumoren sind nicht sehr sicher und eindeutig. Die Pyelographie hilft da einem fühlbaren Mangel ab. G. Assmann-Kiel.

Zur Therapie weit vorgeschrittener Fälle von Tuberkulose des Harntraktes, von R. LICHTENSTERN. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1702.) Verf. empfiehlt die einseitige Freilegung beider Nieren, da Operationsdauer wie Heilungsprozeß in kaum nennenswerter Weise gegenüber einer einfachen Nephrektomie verlängert sind und die Feststellung des anatomischen Befundes der Niere eine durchaus sichere ist.

G. Assmann-Kiel.

Bemerkungen zu dem Aufsatz von E. WOSSIDLO: „Zur konservativen Behandlung der Nierentuberkulose" in Nr. 33 des Zbl. f. Chir., von EUGEN JOSEPH-Berlin. (Zbl. f. Chir., 1921, Nr. 42, S. 1545.) WOSSIDLO hatte vorgeschlagen, in den Fällen, in denen die Harnleitermündung und die Blase noch nicht verändert sind, nicht operativ vorzugehen, sondern mit Tuberkulin zu behandeln. JOSEPH, den WOSSIDLO unter Anführung eines Falles angreift, macht nun darauf aufmerksam, daß in seinem Falle die eine Niere hochgradig erkrankt war, wie die Indigokarminprobe zeigte, und daß, obgleich noch keine Veränderung in der Blase festzustellen war, die gesunde Niere schon toxisch geschädigt war, wie die Ausscheidung von Eiterkörperchen zeigte. Da bei makroskopischer Betrachtung der nephrektomierten Niere sich 2 große Kavernen, in denen der Eiter reteniert wurde, fanden, so ist gleichmäßig mit dem Intaktsein der Blase, auch die Intoxikation der anderen Niere erklärt. Da die konservative Behandlung bei Kavernenbildung, worüber die Pyelographie Aufschluß gibt, keinerlei Aussicht auf Heilung hat, andererseits eine konservative Therapie den Pat. auf Monate hinaus der Arbeit und dem Verdienst entzieht und nicht zuletzt, die Aussicht der konservativen Therapie immer sehr fraglich ist, die uns vielleicht gerade den günstigsten Moment der beginnenden Nierentuberkulose ohne Sekundärerkrankung der Blase nutzlos verstreichen läßt, so glaubt Verf. mit Nachdruck darauf bestehen zu müssen, daß die Nierentuberkulose eine chirurgische Erkrankung ist, die nur durch rechtzeitige Nephrektomie ausgeheilt werden kann. A. Rosenburg-Berlin.

Durch 14 Jahre beobachtete Tuberkelbazillurie ohne sicher nachweisbare Organerkrankung, von FRIEDRICH NECKER-Wien. (W. m. W., 1921 Nr. 39/40, S. 1708.) Bei einem 37jährigen Manne, der keinerlei Krankheitserscheinungen aufweist, finden sich durch 14 Jahre Tuberkelbazillen im Harn, ohne daß es gelingt, sei es im Urogenitalapparat, sei es außerhalb desselben einen Krankheitsherd nachzuweisen. Verf. nimmt als Quelle der Bazillurie die Prostata an ohne positive Beweise.

G. Assmann-Kiel.

Eine Solitärzyste der Niere, von K. LION. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40.) Bericht über einen Fall von operierter Solitärzyste der linken Niere bei einer 59jähr. Patientin. G. Assmann-Kiel.

Die Bedeutung der Schirmdurchleuchtung für die Diagnose der Nierenkonkremente, von FRITZ EISLER-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1670.) Die Nierenkonkremente sind in ihrer überwiegenden Zahl unter gewissen technischen Voraussetzungen am Schirm sichtbar. Die Durchleuchtung gestattet die für Nierenkonkremente charakteristischen respiratorischen und statischen Bewegungen und ersetzt alle anderen komplizierten Lokalisationsmethoden von Steinschatten. G. Assmann-Kiel.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

8. April 1922 | Nr. 14 | Band 74

Aus der Dermatologischen Universitäts-Poliklinik in München
(Vorstand: Prof. Dr. L. Ritter von Zumbusch).

Therapeutische Versuche mittels perkutaner Elektrolyse[1]).

Von

Dr. F. Wirz, Assistenzarzt.

Versuche mit perkutaner Elektrolyse, auch Iontophorese genannt, sind schon um die Mitte des vorigen Jahrhunderts angestellt worden. Das Wesen des elektrischen Stroms, vor allem des galvanischen, war noch durchaus ungeklärt, als 1846 Klenke dadurch Aufsehen erregte, daß er Skrofeln mit Jod-Iontophorese zur Heilung brachte. Das theoretische Wissen über den galvanischen Strom und seine Wirkung auf den menschlichen Körper hat sich seitdem sehr vertieft, mit der praktischen Anwendung der Iontophorese ist man nicht viel weiter gekommen. Erst die letzten Jahre brachten einen neuen Erfolg der alten Methode: Beck[2]) an der hiesigen Kinderklinik gelang es, eine Reihe von Erysipelfällen mit Jod-Iontophorese zu heilen. Wie wenig indes die Iontophorese unserer Zeit bekannt ist, beweist die Tatsache, daß Becks Arbeiten nicht einmal einer Nachprüfung unterzogen worden sind. Die nicht ganz leicht und nur empirisch zu erlernende Handhabung der Methode steht zweifellos ihrer Verbreitung im Wege. Die Erfolge nun, die ich seit April 1921 an insgesamt 38 Fällen erzielen konnte, mögen Ihnen zeigen, daß die perkutane Elektrolyse trotz ihrer anfänglichen Schwierigkeiten gerade in der Dermatologie mehr Beachtung verdient, als ihr bisher geschenkt worden ist.

Bevor ich über meine Fälle berichte, soll an Hand eines Versuches das Notwendigste über die physikalischen und pharmakologischen Grundlagen zum Verständnis der Iontophorese gesagt werden. Sie sehen bei der Patientin hier zwei kleine Gefäßnävi auf der linken Nasenseite. Ich bedecke sie mit einem Stück Filterpapier, das mit Adrenalinlösung getränkt ist, setze die Anode darauf, gebe der Patientin die angefeuchtete Kathode in die Hand und lasse eine Zeitlang den galvanischen Strom einwirken. Die Salzlösungen der tierischen Gewebe leiten den galvanischen Strom durch den Körper hindurch. Je nach ihrem Flüssigkeitsgehalt bieten die verschiedenen Gewebe mehr oder weniger Widerstand, werden dementsprechend einer stärkeren oder schwächeren Stromdichte ausgesetzt. Die in der relativ flüssigkeitsarmen Haut erzielte Stromdichte und die

[1]) Vortrag, gehalten am 27. I. 22 in der Münchener Derm. Gesellschaft. — [2]) M. m. W., 1919, Nr. 57.

Digitized by Google

dadurch verursachte Ionenverschiebung (NERNST)[1]) ist nicht ohne Einfluß auf die biologischen Reaktionseigenheiten derselben.

Im normalen Zustande ist die menschliche Haut für Wasser und wäßrige Lösungen völlig undurchlässig. Die obersten Epidermisschichten sind mit lipoiden Substanzen durchsetzt; diese machen dem Wasser das Eindringen unmöglich. Die Bepinselung einer unbeschädigten Hautstelle selbst mit einer 20%igen Kokainlösung bleibt beispielsweise wirkungslos. Durchgängigkeit und Aufnahmefähigkeit der Haut hängen außerdem von der Quellungsfähigkeit der Eiweißkolloide und deren Durchlässigkeit ab. Die kolloidalen Eiweißmoleküle des Zellprotoplasmas sowie die Lipoidkolloide der Membranen innerhalb der schwach alkalischen Körperlösungen befinden sich nun auf Grund ihrer elektrischen Eigenladung in einem bestimmten Dispersionszustand; dieser ist es, der ihre Quellungs- und sonstige chemisch-physikalische Reaktionsfähigkeit regelt. Dekondensation der Kolloide mit negativ geladenen Ionen in den ebenfalls negative Ionen führenden Körperflüssigkeiten, etwa mit Hydroxylionen, führt daher, wie JAKOBI[2]) gezeigt hat, zu einer Erhöhung der Dispersion der Eiweißmoleküle unter Auflockerung größerer Komplexe in zahlreiche kleinere. Dieser Vorgang macht die Protoplasmamasse quellungsfähiger und für chemische Reaktionen zugänglicher, damit auch für Wasser und wasserlösliche Substanzen durchgängiger. JODLBAUER und YAMADA[3]) haben festgestellt, daß nach Einwirkung des galvanischen Stroms auf die Haut eine verstärkte Resorptionsfähigkeit sich eine Zeitlang vorfindet. JAKOBI machte die gleiche Feststellung bei seinen chemischen Versuchen. Die Ursache für diese Erscheinung ist darin zu suchen, daß erst die Zahl der negativ geladenen Hydroxylionen, die zu der Zustandsänderung geführt haben, verschwinden muß, ehe die Kolloide in ihre ursprüngliche Dispersion zurückkehren; diese macht dann die Membranen wieder impermeabel. Es würde zu weit führen, alle diese Vorgänge bis in die letzten Feinheiten der physikalischen und kolloidalen Chemie zu verfolgen, so wie sie in den Lehrbüchern von HAMBURGER[4]) oder HÖBER[5]) zu finden sind. Ich wollte Ihnen nur eine annähernde Vorstellung vermitteln, wie man sich die iontophoretische Wirkung in der Haut zu erklären hat. Bis zu welchem Grade sich eine Durchgängigkeit der Haut erzielen läßt, mögen Sie aus dem von FRANKENHÄUSER[6]) angeführten Beispiel ersehen: bringt man zwischen die Anode und die Haut eines Kaninchens eine Strychninlösung und läßt den Strom passieren, so folgen Krämpfe und Tod, während von der Kathode aus die gleiche Lösung unwirksam bleibt. Das gleiche gilt für die Blausäure, die mit ihren Säureionen negative Ladung hat, also von der Kathode aus in den Körper tritt und ebenfalls tödlich wirkt.

Die harmlosere Wirkung des Adrenalins sehen Sie jetzt hier. Sie erkennen, wie es als Alkaloid von der Anode aus eingedrungen ist und seine Wirkung sich geltend gemacht hat: die Hautstelle ist weiß, d. h. die Kapillaren sind blutleer, die blutzuführenden Gefässe sind abgedrosselt.

---

[1]) Theoretische Chemie. Stuttgart 1904. — [2]) Arch. f. exper. Path. u. Pharm., Bd. 88, S. 333. — [3]) Arch. de Pharm.-Dynamie, 19, III/IV, 1909. — [4]) HAMBURGER, Osmotischer Druck und Ionenlehre in den medizinischen Wissenschaften. — [5]) HÖBER, Physik. Chemie der Zelle und der Gewebe. Leipzig und Berlin 1914. — [6]) FRANKENHÄUSER, Elektrotherapie. Stuttgart 1906.

Digitized by Google

Die Nävi sind sichtbar wie zuvor; diese Erscheinung beweist offensichtlich, daß die Nävusgefäßschlingen keine kontraktorischen Elemente besitzen.

Nun Sie mit diesem Adrenalindemonstrationsversuch gesehen haben, was Iontophorese ist, kann ich gleich zu den praktischen Folgerungen dieser Art der Adrenalineinverleibung übergehen. Es dürfte Ihnen auffallen, daß die einzelnen Nävusschlingen in der anämisierten Umgebung viel prägnanter zu sehen sind als in einer bluthaltigen Haut. Diese deutlichere Erkennbarkeit für das Auge erlaubt auch ein genaueres Treffen mit der Punkturnadel bei der Beseitigung solcher Nävi. Des weiteren sehen Sie, daß die iontophoretisch erzeugte Anämie viel stärker ist, als die nach einer Injektion; sie ist auch viel ausgiebiger. 2—3 Tropfen einer einpromilligen Adrenalinlösung verursachen in 5 Minuten bei 2,5 Milliampere und 3 Ohm Außenwiderstand eine totale Anämie für 5—6 Stunden. Das ist von großem Wert bei kosmetischen Operationen, in denen es sich darum handelt, die Hauträndер lückenlos zu vereinigen und ein nachheriges Auseinanderpressen durch kapilläre Blutung zu vermeiden. Beides wird durch die starke und lang anhaltende Anämie in einem Masse erreicht, wie es mit der Injektionsart nicht erzielt werden kann.

Die nachhaltige Wirkung der Adrenaliniontophorese legte weitere Therapieversuche nahe. Sie alle kennen den günstigen Einfluß des Adrenalins auf exsudative Hauterkrankungen. Ihre Grenzen hat diese Therapie in der Unverträglichkeit größerer und gehäufterer Dosierungsmengen, insbesondere bei älteren Leuten. So hatten wir im Laufe des letzten Jahres bei ungefähr 100 mit Adrenalininjektionen behandelten Patienten 4 Choks, die allerdings sämtlich mit Amylnitrit sofort behoben wurden. Vorsicht ist aber doch am Platze, zumal nach den letzten Untersuchungen von Storm v. Leeuwen und M. v. d. Made [1]). Diese Autoren stellten nämlich experimentell fest, daß die Adrenalinwirkung nicht allein von der Größe der Dosis, der Schnelligkeit der Injektion und der Empfindlichkeit des reagierenden Organs abhängig ist, sondern gleichzeitig bedingt ist durch das Vorhandensein besonderer Stoffe im Blute, welche die Adrenalinwirkung fördern. Diese ist also bis zu einem gewissen Grade unberechenbar! Wo eine lokale Therapie möglich ist, sollte man ihr daher den Vorzug geben. So habe ich lokalisierte, akute und subakute Ekzeme mit Adrenaliniontophorese behandelt; als Beispiel nur möchte ich den Kollegen L. anführen, der im Mai 1921 ein drei Wochen altes Ekzem mit Knötchen und Bläschen in dreimarkstückgroßer Ausdehnung am linken Daumen hatte. Nach vier Adrenaliniontophoresen in acht Tagen verschwand es wie nach einer Röntgenbestrahlung und ist seit acht Monaten nicht rezidiviert. Endgültiges über diese neue Art lokaler Ekzembehandlung sagen zu können, ist mein Material noch zu klein.

Ein abgeschlosseneres Urteil läßt sich über eine andere Anwendungsmöglichkeit des Adrenalins fällen. Das ist seine unterstützende Wirkung bei der iontophoretisch erzeugten Anästhesie. An dem Problem der iontophoretischen Anästhesie ist von vielen gearbeitet worden. Nach Frankenhäusers Zusammenstellung sollen die lokalen anästhesierenden Wirkungen

[1]) Arch. f. exper. Path. u. Pharm., Bd. 88, S. 318.

Digitized by Google

des iontophoretisch einverleibten Kokains, Eukains usw. „besonders auffallend und demonstrabel" sein, wie er sich ausdrückt. Herzog[1]), der nach wenig ermutigenden Arbeiten von Wagner, Eulenburg, Richardson, Stinzing u. a. zu einem Urteil über die Möglichkeit einer iontophoretischen Kokainanästhesie kommen wollte, erzielte mit systematisch angelegten Versuchsreihen keinerlei Erfolg. Leduc[2]), der nach ihm die meisten Versuche in dieser Richtung unternommen hat, hat sie ebenfalls der Mißerfolge wegen aufgegeben. Er verursachte u. a. ein schlaffes, über 14 Tage sich haltendes Ödem mit starker Desquamation. Bei der Nachprüfung der Versuche all jener Autoren an mir selbst fiel mir zunächst auf, daß ich ohne geringste Beschwerden, von einer starken Rötung abgesehen, Kokainmengen dissoziieren konnte, die die Maximaldosis von 0,05 um ein Mehrfaches überschritten. Ich konnte mir dies nicht anders erklären, als durch die Anschauung, daß entweder das Kokain an der Anode zersetzt würde, oder daß bei der physikalisch feinsten Verteilung des Kokains auf das Gewebe, wie sie die elektrische Einverleibung bewirkt, die Zersetzung des Kokains in der Haut prompter von statten gehen müsse, als bei der massigen Einverleibung per os oder per injektionem. Für diese Anschauung über die lokale Zersetzung und Entgiftung in der Haut scheint mir auch Cornings[3]) Abschnürungsversuch und Kohlhards[4]) Versuch mittels Blutstromunterbindung zu sprechen. Der lokalen Entgiftung mußte also vorgebeugt werden — was alle jene Autoren nicht getan hatten — sollte eine Anästhesierung ermöglicht werden können. Ich setzte analog Schleichs Vorgehen dem Kokain Adrenalin zu, um die Gefäße abzudrosseln, jeglichen der Entgiftung dienenden Flüssigkeitsstrom zu sperren, und erhielt statt der bei reiner Kokaineinverleibung erzielten Rötung ohne Anästhesie die charakteristische Adrenalinanämie mit Anästhesie. Das Adrenalin ermöglicht es dem Kokain, so ist meine Vorstellung, im saftlosen Gewebe zu haften und seine Wirkung an den Nervenendpunkten geltend zu machen. Vielleicht auch hindert die reduzierende Eigenschaft des Adrenalins die Zellen, das Kokain zu zerstören. Jedenfalls glaube ich den Weg zu einer wirksamen iontophoretischen Anästhesie gefunden zu haben. Nach meinen Versuchsreihen dürfte das Optimum für eine Anästhesielösung zur perkutan-elektrolytischen Einverleibung die Zusammensetzung von 0,02 Kokain und 0,00005 Adrenalin pro Kubikzentimeter physiologischer Kochsalzlösung haben.

Mit dieser Lösung habe ich einige oberflächliche Operationen mit bestem Erfolge ausgeführt, u. a. die Exstirpation eines bohnengroßen Lupusherdes an der Hand eines fünfjährigen Mädchens. Nach gleicher Anästhesierung habe ich bei Fräulein Sch. B., J.-Nr. 42, die mit einem gut 3 mm prominenten und 3 mm breiten Narbenkeloid nach Strumaoperation in die Poliklinik kam, das Keloid am 29. Dez. 1921 mit dem Thermokauter weggebrannt. Eigenartig war hierbei die diffuse Adrenalinwirkung: es kam nicht zur blasigen Abhebung der Umgebung, wie sonst bei starker Kauterisation, überhaupt kaum zu einer nennenswerten Entzündung, so daß am 3. Januar bereits die Stelle geröntgt werden konnte.

---

[1]) M. m. W., 1886, S. 212. — [2]) Zwanglose Abhandlungen Elektrother. u. Rad. Barth, Leipzig 1905, Heft 3. — [3]) u. [4]) Braun, B. Kl., 1904, Heft 187.

Digitized by Google

Fünf Tropfen der Lösung genügen, um eine Anästhesie der Haut in etwa Fünfmarkstückgröße zu erzeugen. Ich möchte Ihnen den Versuch zeigen:

Ich tränke hier ein Stückchen Zellstoff mit meiner Lösung, nehme pro Quadratzentimeter Fläche im allgemeinen einen Tropfen, lasse von der Anode aus für fünf Minuten einen Strom von 2—3 Milliampere, dann bei Aufhören des leichten, nicht schmerzhaften Prickelns einen Strom von 5 bis 20 Milliampere für nochmals fünf Minuten wirken und die Anästhesie ist vollendet. Die Haut ist vollkommen anämisch, eingesunken, die Haarfollikel treten wie bei der Cutis anserina hervor; hebt man die Hautstelle ab, so spürt man das charakteristisch taube Gefühl. Diese Anästhesie geht bis in das Subkutangewebe. Sie ist also ausreichend zu Probeexzisionen, Exstirpationen von Nävi usw. und zum Sticheln wie zu Eingriffen mit dem Thermokauter. Dieses letzte möchte ich Ihnen bei Frl. H. R., einer Patientin mit Lupus vulgaris, demonstrieren. Die Dauer der Anästhesie beträgt nahezu eine Stunde, also die 2—3fache Zeit einer Injektionsanästhesie. Wichtig für den Erfolg derselben ist das feste Aufdrücken der Anode, um aus der Kutis und Subkutis die Flüssigkeit, die den besten Leiter der Elektrizität darstellt, wie wir eingangs sahen, wegzudrücken. Damit wird in der Tiefe der Widerstand größer, folglich die Stromdichte stärker, so daß es zu einer Imprägnation der Gewebe mit Kokain und Adrenalin kommen kann.

Die Vorteile der auf diesem Wege erzielten Anästhesie gegenüber der Injektionsmethode liegen auf der Hand. Man vermeidet den Einstichschmerz, der z. B. bei Gesichtsoperationen störend wirkt und vor allem bei Kindern lästig ist. Diese Schmerzlosigkeit erlaubt auch eine öftere Anästhesierung, wie sie z. B. bei der Stichelung von Lupusknötchen nötig ist. Des weiteren kommt es nicht zur ödematösen Durchtränkung und Verziehung des Operationsfeldes, Begleiterscheinungen der Injektionsmethode, die gerade bei kosmetischen Operationen unangenehm sind. Im infizierten Gewebe, Lupus z. B., verhütet man die bei der Injektion stets mögliche Keimverschleppung. In narbigem Gewebe, in dem oft eine Injektionsanästhesie unmöglich sein kann, erzielt man eine gleichmäßige Unempfindlichkeit. Da man weniger Anästhesielösung braucht wie bei der Injektion, kann man das Operationsfeld in einer solchen Ausdehnung anästhesieren, daß auch das Naht- oder Klammerlegen am Schluß der Operation schmerzlos ist. Bei der Injektionsmethode ist das oft unmöglich, aber gerade bei kosmetischen Operationen erwünscht. Schließlich ist die Technik weniger subtil, es bedarf keiner sterilen Lösung, keines sterilisierten Instrumentariums usw. Was diese iontophoretische Anästhesie für die Praxis wird leisten können, kann natürlich erst nach größeren Erfahrungen entschieden werden.

Ich komme nun zu den dermatologisch interessanteren Versuchen, den rein therapeutischen. Ehrmann[1]) hatte bereits i. J. 1893 eine erfolgreiche elektrolytische Behandlung der Sykosis beschrieben. In der Form, wie er sie ausübte, kann man sie heute weder einem Patienten, noch dem Arzte zumuten. Ehrmann steckte nämlich den ganzen Patienten

[1]) 66. Vers. deutsch. Naturforsch., Wien 1894, und Elektr. in der Derm. Safar, Wien 1908.

Digitized by Google

in eine Badewanne, die mit Methylenblau gefüllt war und leitetete den galvanischen Strom hindurch. Später konstruierte er Glasglocken, die er mit Flüssigkeit füllte und auf die kranken Körperteile aufsetzte und dann dissoziierte. Auf diese Weise erzielte Ehrmann anscheinend ausgezeichnete therapeutische Erfolge. So berichtet er über eine Sycosis simplex, die jahrelang bestanden hatte, bei der alles versucht worden war, und die er nunmehr in drei Wochen zur Heilung brachte. Seine histologischen Kontrolluntersuchungen ergaben, daß das elektrolytisch einverleibte Methylenblau oder Ichthyol vor allem durch die Haarfollikel und Drüsenschläuche als den flüssigkeitsreichen besten Leitern in die Haut eingedrungen war, während die gleichen Mittel bei einfacher Bepinselung nicht einmal bis in die Follikel einzutreten pflegten. Es galt mit vervollkommneter und bequemerer Technik, so wie Sie hier gesehen, diese Methode nachzuprüfen. Einige Beispiele seien aufgeführt:

Der Knabe St. M. kam am 27. April 1921 mit einem Kerion Celsi auf der rechten Scheitelhälfte in die Poliklinik. Es war gut 1 cm prominent, kreisrund, maß 8 cm im Durchmesser, war stark gerötet, mit Pusteln durchsetzt, z. T. von Haaren entblößt und zeigte an zwei Stellen bohnengroße Fluktuationsherde. Von einem Kollegen, der die Diagnose krustöses Ekzem gestellt hatte, war dem Jungen bereits Salizylöl verordnet worden, so daß die oberflächliche Kruste abgeweicht war und ich sofort an die iontophoretische Behandlung gehen konnte. Verdünntes Ichthyol wurde mit einem gut vertragenen Strom von 4—5 Milliampere 10 Minuten von der Kathode aus dissoziiert. Schon am anderen Tage war der prominente Entzündungsherd etwas eingeschrumpft, die Haut stellenweise leicht gerunzelt, die Abszesse kleiner geworden. Im Abstand von je zwei Tagen wurden drei weitere Elektrolysen vorgenommen, nach der vierten aufgehört. Eintrag am 2. Mai: Abheilung bis auf eine dem Herd entsprechende große Rötung, Haut weich, glatt, noch vereinzelt kleine subkutane Einschmelzungen. Eintrag am 4. Mai: Herd blaßt ab. 7. Mai: Herd reizlos, kein Infiltrat mehr. Kontrolle am 18. Mai: Beginnender Haarnachwuchs. Ein Rezidiv ist bis heute nicht aufgetreten. Ein Heilerfolg mit vier Perkutanelektrolysen in acht Tagen, wie er wohl beim Kerion Celsi mit einer anderen Behandlung nicht zu erzielen ist.

Drei weitere Fälle von Kerion Celsi iontophoretisch behandelt, sehen Sie hier:

Sch. H. kam am 30. Mai in die Poliklinik mit ausgeprägtem talergroßem Kerion Celsi auf dem Scheitel und mehreren oberflächlichen Trichophytieherden am Hals. Es wurden bis zum 17. Juni insgesamt acht Iontophoresen gemacht. Eintrag am 20. Juni: Kerion Celsi geheilt. Jetzt nur noch die Spuren der Erkrankung: eine minimale kleinfleckige Alopezie.

H. R., den Sie hier sehen, kam am 2. Nov. mit einem fünfmarkstückgroßen tiefen Trichophytieherd am linken Bein unterhalb des Knies. Bis zum 8. Nov. wurden vier Ichthyoliontophoresen vorgenommen. Eintrag am 12. Nov.: Noch leichte Schuppung und Rötung des ganz abgeflachten Herdes. 17. Nov. geheilt.

Frl. O. A. kam am 27. Dez. 1921 mit einem dreimarkstückgroßen Kerion Celsi unter dem rechten Auge in die Poliklinik. Sie erhielt insgesamt sieben Ichthyoliontophoresen bis zum 12. Jan. 1922 und ist seit 14. Jan. 1922 geheilt. Jetzt zarte Narbenbildung, die dem Sieb des Kerion entspricht, und eine resistente Rötung.

In diesen Fällen wurde keine andere Therapie, desinfizierende Salben oder Trichophytin oder Aolan usw. angewandt; die Patienten mußten nur etwa eine Stunde vor der Iontophorese einen feuchten Umschlag zur Entfernung der durch das Ichthyol und das eintrocknende Sekret bedingte Krusten machen; waren diese sehr fest, so wurde für eine Nacht ein Diachylonverband verordnet.

Die Erfolge bei der tiefen Trichophytie ermutigten mich auch, die oberflächliche Trichophytie elektrolytisch anzugehen, und zwar mit Jod-Iontophorese. Ein paar Beispiele seien mitgeteilt:

Digitized by Google

Frau Sch. K. kam am 20. Okt. 1921 mit einem fünfmarkstückgroßen Herpes tonsurans-Herd auf dem linken Handrücken in die Poliklinik. Sofortige Jod-Iontophorese mit insgesamt 2,5 ccm Jodkali in 20 Minuten. Kontrolle am 31. Okt.: Heilung.

K. S. 2. Nov. 1921. Fünfmarkstückgroßer Herpes tonsurans-Herd am rechten Oberschenkel. Bis 8. Nov. drei Iontophoresen. Eintrag 9. Nov.: Geringe Schuppung. Herd reizlos. Observatio: Kontrolle am 21. Nov.: Geheilt.

In diesen und anderen Fällen trat die durchschnittliche Heilung nach zweimaliger Iontophorese in acht Tagen ein. Das ist ein Erfolg, wie er wohl mit anderen Mitteln nicht erzielt werden kann. Die Methode hat weitere Vorteile: es bedarf keiner Verbände, keiner häuslichen Behandlung, keiner Berufsstörung.

Die Wirkung der Iontophorese bei der Trichophytie ist wohl so zu erklären: Jodkali wird von der Kathode aus dissoziiert. Das freie Jod wird im Ionenzustand in die Haut getrieben und vernichtet das Trichophyton auch im Grunde der Haarfollikel, von denen bekanntlich die tiefe Trichophytie ihren Ausgang zu nehmen pflegt. Die an der Oberfläche der Haut entstehende stark verdünnte Kalilauge wirkt keratolytisch, so daß es zur Abschuppung des Herdes kommt. Diese Abschuppung vollzieht sich ohne stärkeren Reiz in kleinsten Lamellen, also nicht nach Art der Chrysarobinabschälung. Das Wertvollste dieser Methode scheint mir die Tiefenwirkung zu sein, die ein Eindringen des Trichophytons, wie es unter Salben- und Kollodiumbehandlung oder unter der Jodtinkturkruste vorzukommen pflegt, unmöglich macht.

Bei der Jod-Iontophorese ist nur auf eins zu achten, nämlich auf Jodüberempfindlichkeit der Patienten. So kam am 25. Okt. 1921 Frau Sch. M. in die Poliklinik mit einem handtellergroßen Herpes tonsurans Herd am rechten Unterarm. Es wurde sofort eine Jod-Iontophorese vorgenommen, und zwar wurden 4 ccm Jodkali in 20 Minuten bei vier Milliampere dissoziiert. Andern Tags kam die Patientin mit hochrotem, blasenbesetztem, stark geschwollenem Unterarm Das Ödem nahm trotz Resorzinumschläge und Kühlsalbe die nächsten Tage zu. Besserung erfolgte erst anfangs November. Heilung am 21. Nov. 1921. Auch hier hatte die einmalige Iontophorese die Trichophytie vernichtet. Eine spätere Probe ergab die Jodidiosynkrasie der Patientin.

Die Beckschen Erfolge bei der iontophoretischen Behandlung des Erysipels konnte ich wegen Mangel an Material nicht nachprüfen, wohl aber kamen mehrere Erysipeloide, Rosenbachsche Dermatitiden in den neun Monaten meiner Arbeit zur Behandlung.

Frau D. R. kam am 12. Juni 1921 in die Sprechstunde der Poliklinik. Der Daumen der rechten Hand war stark geschwollen, die Haut glasig gespannt, die Farbe livide, so daß man auf den ersten Blick an ein Panaritium denken mußte. Der Mangel eines lokalisierten Druckschmerzes, einer Fluktuation, einer stärkeren Bewegungsbehinderung, sowie die 2—3 mm breite, wallartig erhabene, scharf rote, bogenförmig über Daumenballen und die Basis des Os metacarpale pollicis verlaufende Grenze gegen die gesunde Haut sicherten indes die Diagnose Rosenbach-Dermatitis. Die Infektion war von einer stecknadelkopfgroßen bereits verheilten Verletzung der Daumenkuppe ausgegangen. Nach der ersten Elektrolyse Abschwellen des Daumens am anderen Tage und Verschwinden der Randzone auf der Streckseite bei erheblicher subjektiver Besserung. Nach der zweiten Elektrolyse am folgenden Tage volle Beweglichkeit des Daumens und gänzliche Abschwellung; noch kleiner Entzündungswall am Daumenballen. Dritte Elektrolyse am vierten Tag. Die Vorstellung am 20. Juni, also acht Tage nach dem ersten Besuch, ergibt vollkomme Heilung.

Ein weiteres Beispiel war Frl. H. M., die am 10. Okt. 1921 zur Behandlung kam. Sie hatte sich vier Tage zuvor eine kleine Verletzung am linken Zeigefinger zugezogen; dieser war jetzt teigig geschwollen, die Haut rot bis livide. Begrenzungsrand auf dem Handrücken wallartig, gezackt verlaufend. Vier Ichthyoliontophoresen bis zum 18. Okt., völlige Heilung am 20. Okt. 1921.

Digitized by Google

Die widersprechendsten Erfahrungen mit der Iontophorese machte ich bei der Behandlung der Hauttuberkulose. Die Hauttuberkulose ist, wie man sagt, deswegen so außerordentlich widerstandsfähig gegen medikamentöse Behandlung, weil das tuberkulöse Gewebe gefäßarm ist; diese Gefäßarmut soll es unmöglich machen, in vitro bewährte Desinfizientien, seien es Kupfer- oder Gold- oder sonstige Präparate, in genügender Konzentration in den Krankheitsherd hineinzubringen. Die Iontophorese, die imstande ist, auch das gefäßarme Gewebe zu durchdringen, müßte demnach die gegebene Therapie für die Hauttuberkulose sein.

Ich habe nun eine Prüfung einiger Substanzen vorgenommen, die bei der Tuberkulose als Heilmittel angegeben werden, soweit sie ionisierbar sind. Zunächst verwandte ich Adrenalin, von dem bekannt ist, daß es selbst in einer Verdünnung von 1:60 Millionen noch Gold zu reduzieren vermag und das demnach sicher geeignet wäre, den Tuberkelbazillen den Sauerstoff zu entreißen und sie damit lebensunfähig zu machen. Dann versuchte ich Hetol, Landerers wirksames Injektionspräparat aus dem Perubalsam, dann Ichthyol. Von vornherein ausscheiden mußten bei diesen Versuchen die metallischen Verbindungen, denn die geringsten Spuren von Schwermetall erzeugen Protoplasmazerstörung, verursachen starke, nicht elektive Ätzungen. Schließlich nahm ich Jod, dessen Ion ziemlich indifferent dem Protoplasma gegenüber ist.

An Hand einiger typischer Beispiele will ich die Art der Erfolge und Mißerfolge kurz darlegen:

Herr S. J., mit einem dreimarkstückgroßen Lupusherd an der rechten Wange und einer Kehlkopftuberkulose, reagierte gut auf die Behandlung. Nach drei Sitzungen war eine deutliche Abflachung und ein Verblassen der Knötchen im Zentrum des Herdes zu erkennen; nach 11 Sitzungen in vier Wochen waren auch die Randknötchen geheilt.

Bei einem zweiten Fall mit einem fünfmarkstückgroßen Herde oberhalb der rechten Schläfe war anfänglich die gleiche Wirkung, d. h. narbige Heilung der zentralen Partie zu beobachten; es kam auch zu einem Abflachen des stark prominent gewesenen Herdes, aber die Randknötchenzone blieb unbeeinflußt; schließlich traten unter der Behandlung sogar neue Knötchen im Zentrum auf, so daß der Fall chirurgisch angegangen werden mußte.

Fünf weitere Lupusfälle blieben gänzlich ohne Beeinflussung.

Die Behandlung von Skrofulodermen zeigte die gleichen Ergebnisse. Ein Kind mit einem Skrofuloderm auf der linken Wange reagierte gut auf die Iontophorese; es wurde in 20 Tagen mit acht Sitzungen vollkommene Heilung erzielt. Bei einem Mädchen mit 21 Jahren, das zwei narbig verzogene und fistelnde Skrofuloderme an der linken Halsseite hatte, schlossen sich nach fünf Sitzungen die Fisteln. Die Knoteninfiltrate waren weich und elastisch geworden, die Entzündungserscheinungen rückgebildet. Nach ein paar weiteren Sitzungen brachen die Fisteln wieder auf, die Knoten wurden dicker und entzündeter, bis unter der Behandlung eine dritte Fistel entstand.

Einen guten Erfolg zeitigte andererseits die Jodiontophorese bei einem papulo-nekrotischen Tuberkulid.

Digitized by Google

Frl. Sch. B. mit einem papulo-nekrotischen Tuberkulid am linken Unterschenkel, das von den Fußknöcheln bis oberhalb der Wade reichte, wurde vom 1. Juni 1921 bis zum 27. Juli 1921 mit insgesamt zwölf Sitzungen behandelt. Vollkommene Heilung wurde am 4. August 1921 festgestellt, die Pat. ist bis heute rezidivfrei geblieben.

Die iontophoretische Methode dürfte nach alledem zahlreichen anderen gegenüber bei der Behandlung der Hauttuberkulose unterlegen sein. Die weiter oben vorgetragene präjudizierte Vorstellung, daß es gelingen müsse, Tuberkelbazillen im lebenden Gewebe abzutöten, wenn man es nur fertig brächte, das Desinfiziens heranzubringen, scheint mir demnach falsch zu sein. Es ist auch nicht einzusehen, warum der Tuberkelbazillus mit seiner starken Wachshülle inmitten protoplasmareicher Zellen mit schwachen Lipoidmembranen elektiv durch ein Medikament geschädigt werden soll. Irgend welche unbekannte Faktoren im Stoffwechselchemismus müssen eine Rolle spielen, die es in einem Falle der Zelle oder den Säften ermöglichen, nach medikamentöser Beeinflussung einen Eindringling zu eliminieren, im anderen Falle nicht!

Einem weiteren Kapitel der perkutanen Elektrolyse muß ich mich noch zuwenden, nämlich der iontophoretischen Behandlung der Gonorrhoe. Während die Autoren aller früheren Arbeiten nur über geringe Erfolge, meistens sogar nur über Mißerfolge berichten konnten, glaubt Peyser [1]) in der elektrolytischen Methode ein sicheres Mittel im Kampfe gegen die bisher unangreifbarste Geschlechtskrankheit gefunden zu haben. Wie Delbanco [2]) kann ich Peysers Hoffnung nicht teilen! Peysers Versuche müssen scheitern an Umständen, an denen bisher alle ähnlichen Arbeiten zunichte geworden sind, nämlich an den anatomischen und physiologischen Eigentümlichkeiten der Genitalien. Stellen Sie sich einen Querschnitt beispielsweise des Penis vor: die Urethra mit ihren massenhaften Buchten und Nischen, ihren Gängen und Drüsen enthält viel Flüssigkeit; es folgt nach außen eine an Lymphspalten und Gefässen reiche Adventitia, weiter das Corpus cavernosum urethrae, ebenfalls mit Flüssigkeit durchtränkt. Leitet man einen Strom vom Lumen der Urethra aus in den Körper, so wird dieser derart viel flüssige Wege finden, daß es zu einer Durchströmung infiltrierter Schleimhautgewebsteile und vieler abgesackter Stellen kaum kommen kann. Die Hauptschlupfwinkel und Brutstätten der Gonokokken liegen abseits der Strombahn. Außerdem bringt es der Flüssigkeitsreichtum der Urethra und der Umgebung mit sich, daß die Stromdichte, das ist die vom Widerstand abhängige örtliche Stromintensität, nur sehr klein sein kann. Eine Imprägnation der stets feuchten Schleimhaut, wie wir sie bei der flüssigkeitsarmen, also starken Widerstand und genügende Stromdichte bietenden Epidermis gesehen haben, ist nicht möglich; die therapeutische Wirkung ist damit in Frage gestellt.

Noch weniger den Tatsachen nahekommend ist Peysers Deutung etwaiger Heilerfolge auf Grund sogenannter anodotroper Eigenschaften der Gonokokken. Die Gonokokken sollen nämlich, wie Peyser sagt, von der Anode angelockt, aus dem Gewebe auswandern. Zugegeben, daß die Gonokokken anodotrop sind, d. h. wie viele Bakterien, Hefezellen usw. als Anionen Träger negativer elektrischer Ladung darstellen, so sind, wie theoretisch von vornherein anzunehmen war, und ich bei einem einfachen

[1]) Derm. W., 1921, S. 410. — [2]) ebendort.

Digitized by Google

Versuch praktisch erkennen konnte, die elektrischen Ladungen der Gonokokken außerordentlich klein. Sie sind so gering, daß sie gegenüber den elektrischen Ladungen der übrigen Ionen der Salze in den Flüssigkeiten gar keine Rolle spielen können. Der Versuch ist folgender: einige Tropfen frischen Trippereiters werden in einem Uhrglas mit körperwarmer physiologischer Kochsalzlösung gelöst und ein schwacher galvanischer Strom hindurchgeschickt. Beide Metallelektroden sind mit einer Schicht Filterpapier überzogen. Untersuchen Sie nun, nachdem Sie den Strom mehrere Minuten haben einwirken lassen, den Preßsaft beider Filterpapiere im Ausstrich, so besteht durchaus kein Unterschied in der geringen Zahl der Gonokokken, die sich an der Anode und an der Kathode angeheftet haben. Wenn sich derart in einer reinen Flüssigkeit die anodotrope oder besser gesagt die Anioneneigenschaft der Gonokokken nicht einmal geltend machen kann, so dürfte das in der Harnröhre erst recht unmöglich sein; denn hier stellt jeder Schleimfaden, jede Zelle, jedes Gewebstückchen eine mehr oder minder undurchlässige Membran dar, und es sind genügend Ionen anderer Art vorhanden, an welche die Gonokokken ihre elektrische Ladung abgeben können, ohne sich vom Orte zu bewegen.

Wenn Peyser mit seinem Verfahren der positiven Jothionelektrolyse einzelne Erfolge erzielt hat, so sind diese vielleicht auf andere Umstände zurückzuführen. Zunächst einmal übt der galvanische Strom einen Reiz auf das Protoplasma aus und erzeugt eine längerdauernde Hyperämie. Außerdem ist die günstige Wirkung des Jothions in gewöhnlicher Applikation bei der Gonorrhoe bekannt. Peyser selbst führt das an. Das Jothion ist mit seiner chemischen Formel $C_3H_5J_2OH$ = Dijodhydroxypropan als organischer Ester des Jods aufzufassen und hat als solcher gemäß Tappeiner[1]) die Fähigkeit, organisches Gewebe zu durchdringen; daher stammt seine manchmal günstige Wirkung auch ohne Elektrolyse in der Urethra und Zervix. Inwieweit eine elektrolytische Dissoziation dieses chemischen Körpers an einer Kupferanode, wie Peyser sie verwendet, in der Urethra stattfindet, dürfte weder zu errechnen noch in der Urethra zu analysieren sein. Das Gemisch von vielen Salzlösungen in der Urethra bedingt ein gänzlich unbekanntes elektrisches Spannungsverhältnis. Betrachtungen über die intermediäre Entstehung von Jodwasserstoffsäure und deren endliche Wirkung auf die Gonokokken sind daher auch vom Standpunkt der Kolloidchemie aus gewagt. Die Verwendung von Kalipermanganatspülungen vor der Elektrolyse, wie Peyser sie vornimmt, stellt noch eine Erschwerung für diese dar. Leduc hat nachgewiesen, daß das Permanganion im organischen Gewebe ein unlösliches Oxyd bildet, welches die Drüsen verstopft und den elektrischen Widerstand des Gewebes vermehrt. Im übrigen hat Peyser eine kombinierte Therapie in allen seinen Fällen vorgenommen, eine Methode, die niemals ein Urteil über die Wirkung eines einzelnen therapeutischen Faktors zu erlauben pflegt. Nach allem Gesagten glaube ich, daß fundamentale Gesichtspunkte im Kampfe gegen die Gonorrhoe auch mit der elektrolytischen Therapie nicht zu gewinnen sind.

[1]) Lehrbuch der Arzneimittellehre.

Digitized by Google

Es konnte nicht meine Aufgabe sein, eine erschöpfende Darstellung aller therapeutischen Möglichkeiten der perkutanen Elektrolyse zu geben. Man erkennt aber, wie groß und mannigfaltig das Arbeitsfeld ist, in welches uns Klenke[1]) bereits vor 80 Jahren den Weg gewiesen hat. Warum wir trotz der langen Zeit, die seitdem verstrichen ist, in der Durchforschung dieses Gebietes noch nicht zu einem endgültigen Ziele gelangt sind, deutete ich bereits eingangs an. Es müssen jetzt vor allem gewisse Normen in Dosierungsmenge und -art, Stromstärke, Zeitdauer und Zeitfolge festgelegt werden, damit die Methode zugänglicher ist. Sicherlich wird die Dermatologie sich die Iontophorese zu eigen machen. —

Die Ergebnisse zusammenfassend läßt sich sagen:

1. Adrenalin, iontophoretisch der Haut einverleibt, verursacht eine diffus gleichmäßigere, intensivere und länger anhaltendere Anämie als mittels Injektion einverleibtes Adrenalin. Die Methode ermöglicht gute kosmetisch-operative Heilerfolge. Lokalisierte Ekzeme werden durch Adrenalin günstig beeinflußt; ein endgültiges Urteil hierüber ist erst nach weiteren Versuchen erlaubt.

2. Die iontophoretische Einverleibung meiner Anästhesielösung ist schmerzloser als die mit Injektion, in narbigem und infiziertem Gewebe dieser der besseren Wirkung und der Gefahrlosigkeit halber vorzuziehen, und eignet sich vorzüglich zu kleinen kosmetischen Oberflächenoperationen.

3. Die von Ehrmann erstmalig angewandte, von mir verbesserte Methode der Ichthyol-Iontophorese ermöglicht, die Sykosis parasitaria schneller und sicherer zu heilen als alle anderen Behandlungsmethoden, Röntgenbestrahlungen eingeschlossen.

4. Die von mir erstmalig ausgeführte Behandlung der oberflächlichen Trichophytie mittels Jodkalielektrolyse übertrifft die bisherigen Behandlungsarten, da sie einfacher, schonender und in der Wirkung schneller ist.

5. Die Heilungsmöglichkeiten von Skrofeln und Lupus mittels Iontophorese sind sehr gering.

6. Die Bekämpfung der Gonorrhoe mittels Iontophorese ist aussichtslos.

Zum Schlusse erlaube ich mir, noch einiges über mein Instrumentarium und die Technik zu sagen. Das Instrumentarium habe ich mir nach meinen Angaben von Herrn Thomanik in Firma Lautenschläger herstellen lassen. Sie sehen hier die differenten Elektroden aus 15 mm dickem Blei in Kreisform, eine mit 4, eine zweite mit 8, eine dritte mit 16 cm Durchmesser für runde oder vieleckige Herde, hier eine rechteckige 2,5 × 8 cm große Elektrode für das Gesicht, vor allem Schnurrbartgegend, Hals, Hände; hier ein paar kleine, 2 × 2 cm große, außerdem noch 2 lange Elektroden mit 2 cm Breite und 20 cm Länge zum Umwickeln der Finger. Diese gebrauchte ich auch bei der Patientin mit dem Kropfnarbenkeloid. Sämtliche Elektroden lassen sich in jeder Weise der Körperform anbiegen. Das Anbiegen muß sehr genau geschehen, um eine gleichmäßige Wirkung in der betroffenen Hautstelle zu erzielen. Das Filterpapier muß den Rand stets überdecken, damit

[1]) bei Ludwig.

Digitized by Google

nicht das Blei direkt mit der Haut in Berührung kommt; es gibt sonst Verätzungen. An den meisten der Elektroden sehen Sie eine primitive, aber vollkommen ausreichende Art von Steckdose für den Anschluß des Leitungsdrahtes. Andere Elektroden sind mit einem Ansatz montiert, auf den man einen Handgriff schrauben kann. Die indifferente Elektrode besteht aus einem 12 × 30 cm großen gelochten Bleiblech, das auf eine beliebige Körperstelle aufgesetzt werden kann, am praktischsten manschettenförmig wie eine Blutdruckbinde um den Arm gelegt wird.

Mit den Stromstärken richte ich mich ganz nach der Empfindlichkeit der Patienten, die sowohl individuell wie auch je durch die Art der vorliegenden Hauterkrankung bedingt zu sein pflegt. Es ist darauf zu achten, daß die Stromstärke nach den ersten Minuten zuzunehmen pflegt, da mit dem Einwandern der Ionen der Widerstand geringer wird. Damit gleichzeitig läßt die Empfindsamkeit nach. Die angewandten Stromstärken schwanken zwischen 1—20 Milliampere und betragen meistens 2—5 Milliampere. Was die Dauer der Einwirkung angeht, so läßt sich bei manchen Lösungen z. B. Jodkali, die Dissoziation verfolgen; das erst braune Filterpapier wird weiß, wenn alles Jod der Haut einverleibt ist. So hat man einen praktischen Maßstab. Die Mengen der einverleibten Substanzen physikalisch zu errechnen, dürfte in der Praxis unmöglich sein, die dazu nötige Größe der Stromintensität ist nur annähernd zu errechnen nach der Formel $J = \frac{E}{Wi + Wa}$, d. h. innerem und äußerem Widerstand, wovon wir nur den einen bestimmen können. Ich gehe anders vor und bestimme aus den Resten nach einer Dissoziation die Menge der einverleibten Substanz. Herr Apotheker Ostermann unserer Poliklinik war so liebenswürdig, die Analysen zu machen. Es zeigte sich, daß nach fünf Minuten bei 2,5 Milliampere Stromstärke aus 2 ccm Jodkalilösung 0,0071 Jod dissoziiert, d. h. in der Haut verschwunden waren.

Erwiderung auf Almkvists Berichtigung meiner Arbeit: „Ein Weg zur Verhütung und Behandlung der Stomatitis mercurialis."

Von

Priv. Doz. Dr. Hans Th. Schreus in Bonn.

Prof. Johan Almkvist hat in Nr. 7 dieser Zeitschrift zu meiner im Titel genannten Arbeit (Bd. 73, Nr. 49 der Derm. W.) eine „Berichtigung" veröffentlicht, die ich nach Form und Inhalt zurückweisen muß.

Meiner Ansicht nach hätte auch Prof. Almkvist bemerken können, daß in meiner Arbeit ein bedauerlicher und sinnentstellender Druckfehler stehen geblieben ist. Der von ihm beanstandete Satz muß natürlich lauten: „Im weiteren Verlauf dringt der H_2S auch durch das Epithelgefüge hindurch bis zu den oberflächlichen Kapillarschlingen." Daß es nicht anders heißen kann — und damit wird die „Berichtigung" Almkvists in der Hauptsache hinfällig —, beweist ganz klar der nächste Satz: „Es bildet sich aus

Digitized by Google

dem im Blute kreisenden Hg[1]) in den Gefäßwänden ein körniger Niederschlag von HgS ...." Bei der leichten Erkennbarkeit dieses offenbaren Druckfehlers hätte sich der Vorwurf einer zum mindesten großen Oberflächlichkeit erübrigt; ich habe ferner doch nirgendwo die Auffassung ausgesprochen, daß körnchenförmiges HgS durch das Epithelgefüge dringen könne. Das erscheint Prof. Almkvist unmöglich — mir auch.

Ich hoffe mit Prof. Almkvist, daß auch keiner der Leser meiner Arbeit durch mich zu einer solchen Auffassung verleitet worden ist.

Nachdem Prof. Almkvist den Druckfehler auf seine Art geklärt hat, fährt er fort: „Endlich habe ich nicht, wie Schreus sagt, die Geschwüre als Folge der Ernährungsstörung bezeichnet, sondern die durch die Gefäßwandlädierung verursachte Ernährungsstörung nur als Ursache der Gewebsnekrose angegeben. Das Zerfallen des nekrotischen Gewebes dagegen ist eine Bakterienwirkung." In dem Kausalzusammenhang Ernährungsstörung — Nekrose — Ulkus ist die Nekrose ein so selbstverständliches Mittelglied, daß ich es, ohne der Anschauung Almkvists zu schaden, fortlassen zu können glaubte. Dieser Ansicht bin ich auch heute noch, und mir erscheint die Beanstandung Almkvists recht gesucht. Einen Gegensatz vermag ich hierbei jedenfalls nicht zu erkennen.

Daß die Pfannenstillsche Methode in Schweden früher schon zur Behandlung der Stomatitis mercurialis angewendet worden ist, war mir nicht bekannt. Der Hauptzweck meiner Arbeit war ja auch der, auf die chemischen Vorgänge hinzuweisen, welche die günstige Wirkung bedingen.

Von der Wirksamkeit der genannten Methode und ihren Vorteilen habe ich mich bei weiteren schweren Fällen überzeugt und kann ihre Anwendung im Gegensatz zu Almkvist befürworten.

Versammlungen.

9. Tagung der Nordwestdeutschen Dermatologen-Vereinigung.

Kiel, 27. November 1921.

Klingmüller demonstriert: **Lupus vulgaris disseminatus postexanthematicus.**

1. 9jähr. Arbeiterkind. Im 2. Lebensjahr nach Masern Auftreten zahlreicher Herde, die sich allmählich vergrößerten. Lupus der rechten Wange, rechten Ohr, an Armen und Beinen erbsengroße bis fünfmarkstückgroße, z. T. ulzerierte Herde. Pirquet +. Krysolgan ohne Erfolg, Pyrogallol wirkt sehr gut.

2. 6jähr. Mädchen. Zahlreiche lupöse Knoten an Gesicht, Armen und Beinen, braunrot, scharf umschrieben, nicht sehr derb. Lungen röntgenologisch normal. Erguß im linken Kniegelenk. Mikroskopisch: typische lupöse Veränderungen. Pirquet +. Nachweis von Tuberkulosebazillen gelingt nicht: Schnitt, Gewebssaft, Quetschpräparate aus Gewebe, aus tieferen Schichten ausgekratztem Gewebe, Antiformin, Tierversuche (Meerschweinchen subkutan, inguinal, intraperitoneal).

3. **Lichen scrofulosorum.** 9jähr. Knabe. Lungen röntgenologisch: linker Hilus dichter und größer mit deutlicher Strangzeichnung. Blutbild: Ohne Besonderheiten. Behaarter Kopf: handtellergroßer schuppiger Herd, z. T. haarlos; keine Pilze. Am rechten Unterkieferwinkel hühnereigroße Drüsen Lichen an Rumpf und Gliedern. Reaktion auf A. T. + (Lichen und Stichstelle). Drüsenpunktion: Tierversuch +.

Brock: 3 Fälle von geheiltem **Lupus vulgaris,** darunter eine hypertrophische Form der Nasenspitze durch **Krysolgan** anscheinend ausgeheilt. Hinweis auf die günstigen Erfolge der Exzision und prophylaktischen Röntgennachbestrahlung.

Klingmüller: 23jähr. Landmannstochter. Im 12. Lebensjahr Tuberkulose im linken Fußgelenk, später im rechten Ellenbogen, Handgelenk und Knie; unter Stauung geheilt. Allmählich Auftreten von zahlreichen **Lupusherden** im Gesicht, an Ohren und Oberarmen. Behandlung mit Quarzlampe, Röntgen und Pyrogallol ohne nachhaltigen Erfolg, dagegen **Heilung nach Krysolgan.**

Assmann: **Tuberculosis ulcerosa der Halsdrüsen** mit Abszess über dem Brustbein; ähnlich Lues gummosa. WR und SG +. Histologisch keine Entscheidung zu

---

[1]) Von mir ad hoc gesperrt. An anderer Stelle meiner Arbeit (S. 1272) ist ferner wörtlich zu lesen: „Läßt man auf Quecksilbersulfid (das sich ja im Gewebe durch Einwirkung des H_2S auf Hg gebildet hat) freies Jod einwirken ....

Digitized by Google

treffen. Spezifische Therapie ohne Einfluß. **Tuberkulosebazillen erst im Tierversuch** nachzuweisen.

Brock: 2 Fälle von **Lupus pernio mutilans** mit **Ostitis fibrosa multiplex cystica** an Fingern und Zehen. Im Röntgenbild ausgedehnter Hilusschatten, bei einem deutlich verwaschene Lungenherde; die klinischen Lungenerscheinungen sehr gering. Dermo- und Intradermo-Tuberkulinreaktion bei dem ersten mit 5 mg +, bei dem andern mit 10 mg; Tierversuch mit dem spärlichen Sputum —.

Klingmüller: **Erythema induratum.** 23jähr. Köchin. Vor 4 Jahren Beginn an der rechten Wange, vor 3 Jahren 2 Herde am rechtem Oberarm. Vor 2 Jahren intradermo und Pirquet +. Lungen: vermehrte Hiluszeichnung. Jetzt kleinhandtellergroßer Herd an der rechten Wange, zwei kleinere am rechten Oberarm, derb, bläulichrot, glatt. Mikroskopisch kleinere und größere Herde in Kutis und Subkutis, rundlich, scharf abgesetzt, zentralwärts meist epitheloide Zellen, vereinzelte Riesenzellen, am Rand Lymphozyten.

Brock: 2 Fälle von **Granulosis rubra nasi.** Das eine Kind durch Röntgenbestrahlung geheilt, das andere zeigt gleichzeitig eine walnußgroße Mundbodendrüse, bei deren Röntgenbehandlung sich der Zustand der Nase bessert. Die Schweißsekretion betrifft das ganze Gesicht.

Klingmüller: **Lupus erythematodes.** 25jähr. Mädchen. Seit Februar 1921 von der rechten Wange sich ausbreitend, dann neue Herde auf den Ohrläppchen, Augenbraue, Nasenrücken und am Mundwinkel. Die Herde an den Ohrläppchen wie Lupus pernio, auf der Wange wie Lupus erythematodes, auf Stirn und Nase wie **Boeckssches** Sarkoid. An den Fingern Pernionen. Pirquet schwach, intradermal, stark +. Blut: relative Vermehrung der Lymphozyten. Röntgenologisch l. u. erbsengroßer scharf umschriebener Herd.

Klingmüller: **Lupus erythematodes** der Unterlippe.

Brock: **Zur Behandlung des Lupus erythematodes.** Vorstellung von 3 Fällen. Der erste behandelt mit **Terpentin** intradermal führte zur völligen Heilung des ausgedehnten Gesichtsherdes und zum größten Teil der über das rechte Scheitelbein ausgedehnten Erkrankung. Fall 2 behandelt mit **8 Silbersalvarsaninjektionen** sieht klinisch geheilt aus. Fall 3 mit **Krysolgan** behandelt zeigt zentrale Ausheilung. Die peripheren Ränder noch stark hyperkeratotisch.

Grütz: **Granuloma anulare.** 5jähr. Knabe. Auf beiden Handrücken und am rechten Daumenballen ein fünfpfennigstückgroßer, peripher etwas indurierter und zentral flacher Herd. Histologische Infiltrationsherde in der Kutis mit zentraler Nekrose.

Erichson: **Disseminierte Sklerodermie** an Gliedern und besonders am Rumpf, der promptes Zurückgehen auf **Terpentin** zeigt. **Syringomyelie** mit partieller Empfindungslähmung. Muskelatrophie an den Handmuskeln und trophischen Störungen in Gestalt von tiefen Geschwüren mit hyperkeratotischem Rand an der Volarseite der Hände. **Elephantiasis beider Hände** mit Hyperkeratosen an der Volarseite, besonders an den in Beugekontraktur stehenden Fingern.

Junghanns: **Keratoma hereditarium dissipatum palmare et plantare (Brauer)** bei einem 53jähr. Mann im 20. Lebensjahr aufgetreten, in den letzten Jahren stationär. Vererbung bei den männlichen Gliedern der Familie in der dritten Generation.

Assmann: 2 Fälle von **Dermatitis herpetiformis,** bei denen trotz jahrelanger Behandlung kein Erfolg erzielt werden konnte.

Grütz: **Riehlsche Melanose** mit hochgradiger Hautatrophie.

Klingmüller: 2 Fälle von **Xeroderma pigmentosum.** Bei dem einem ein Karzinom, welches von der Nasen- und Augenhöhle ausgegangen ist, und bis an die Schädelbasis vorgedrungen ist.

Grütz: 1. 49jähr. Pat. mit **tertiärem Syphilid** des Gesichts und der Nase. Vor 24 Jahren Abortus, vor 20 Jahren Totgeburt. Verunstaltung des Gesichts durch dicke rote Kolbennase Ödeme und Teleangiektasien der Wangen, geschwollene Oberlippe. Auf den Wangen flache papulöse Effloreszenzen, strahlige Narbe an den Mundwinkeln. Auf der rechten Wangenschleimhaut leukoplakie mit weißlichen, stecknadelkopfgroßen, tuberkuloseähnlichen Knötchen; Heiserkeit, Infiltrate der Aryknorpel und des rechten Stimmbandes. WR +, SGR +, Tuberkulinreaktionen —. Unter Hg-Salvarsan Abheilung.

2. **Tubero-ulzeröses Syphilid am Hals und Brust nebst Leberlues.** 36jähr. Pat. aus tuberkulöser Familie, vor 9 Jahren offene Phtise. 1911 Totgeburt, 1916 Abortus. 1917 ein pflaumengroßer Tumor über dem Sternoklavikulargelenk, der exulzerierte und auf die Umgebung übergriff unter Bildung austernschalenartiger Krusten, 1918 Tumorbildung mit Einschmelzung auf den Schultern, 1920 auch am rechten Ellbogen und Schien-

Digitized by Google

bein Schwellungen. Aufnahmebefund: hochgradig kachektische Person. An Submaxillar-, Submental-, Stern- und Schultergegend krustöse, serpiginöse Ulzera und Narben. Auf der rechten Tibia apfelgroßer, fluktuierender Tumor mit intakter Haut. WR +, SGR +; Liquor: Lymphozyten 9. Nonne +, Pandy ++, Weichbrodt ++. WR 0.1 bis 0,5 —, 0,75 +, Goldsol-Reaktion +. Lungen: kein florider tuberkulöser Prozeß mehr. Abdomen: vergrößerte höckerige Leber. Unter Salvarsan nach Scholtz rasche Heilung.

3. 23jähr. Pat. **Lues congenita tada.** Mutter an Aortenaneurysma gestorben. Im 4. Lebensjahr Keratitis parenchymatosa, im 7. Gonitis luetica, vom 13. Lebensjahr an Geschwüre an den Beinen. 1920 exulzerierter Tumor auf dem Scheitel. Bisher wurde niemals die Diagnose Lues gestellt und Pat. zur Ablatio cruris der chir. Klinik überwiesen. Aufnahmebefund: Infantile Person, nie menstruiert. Hoher Gaumen, schlechtes Gebiß. Auf dem Scheitel dreimarkstückgroße Narbe, darunter scharfrandige Usur der Tabula externa. Am Oberarm Narbe mit Knochenfistel, ähnlich über Sternoklavikulargelenk. Linker Unterschenkel im oberen Teil voller atrophischer Narben, im unteren ein, das ganze Bein umgreifendes, tiefes Ulkus. WR +, SGR +, Liquor —. Unter kombinierter Behandlung Abheilung.

4. 30jähr. Pat. mit **Salvarsanexanthem und schwerer Sekundärinfektion.** Anfang Mai 4mal 0.3 Salvarsannatrium, Ende Juli kleinfleckiges Exanthem am Stamm, das bald universelle Ausdehnung und das Bild einer urtikariell-skarlatiniformen Dermatitis annahm. Das exsudative Moment besonders ausgedrückt, Nässen an Armen, Beinen, hinter den Ohren, hochgradiges Gesichtsödem, Fieber, bedrohlicher Allgemeinzustand durch Herzinsuffizienz Zyanose. Allmähliche Abheilung unter lamellöser Abschuppung, im August furunkulose Infektion des linken äußeren Gehörganges, 2—3 Wochen lang schwer septisches Krankheitsbild mit Ikterus und Gangrän der Vulva. Schließlich Heilung mit weicher, glatter Haut ohne Spur von Pigmentierung.

5. 23jähr. Pat. mit **hyperkeratotischem Salvarsanexanthem,** nebst starker Pigmentierung. Nach 6mal 0.6 Neosalvarsan wegen Lippenprimäraffekt Rötung und Schwellung des Gesichts, innerhalb weniger Tage zunächst in urtikariell-erythematöser Form auf den ganzen Körper übergreifend, aber bald in unregelmäßiger Verteilung verschieden große, konfluierende, derbe Hautinfiltrate bildend, mit starker Hyperkeratosenbildung, an der sich auch Gesicht und Kopfhaut diese unter Haarausfall, beteiligten. An Brust und Rücken follikuläre Hyperkeratosen, die Haut reibeisenförmig. Unter Salizylsalben langsame Abstoßung der Hyperkeratosen, an Stelle der Infiltrate starke Pigmentierungen.

Brock: Vorstellung von **14 geheilten Hautkrebsen,** darunder 3 Lippenkrebse, sehr bösartiger papillomatöser Natur, stark infiltrierendem Wachstum, die seit 2 Jahren geheilt geblieben sind. Nasen- und die fast immer vorher operierten Lidepitheliome zeigen die besten Heilungsaussichten und gute kosmetische Effekte. Es wird die Frage der Bedeutung der Lokalisation eines malignen Tumors und seiner Heilungsaussichten durch Röntgenstrahlen besprochen, da nach den Beobachtungen der Klinik bei ausgedehnten Parotis- und Munddrüsenmitbesstrahlungen nach einer Dreifelder-Röntgenbestrahlung von innen, oben und außen die Heilungserfolge geradezu vernichtend gewesen sind und zu schnellster Metastasierung führten; beobachtet an 3 Fällen. Es wird weiterhin die prophylaktische Drüsenmitbestrahlung bei Karzinom besprochen — bekanntermaßen gibt es nach Rippert eine Spontanheilung in metastasierten karzinomatösen Lymphdrüsen — und zur Diskussion gestellt, ob bei beginnenden entzündlichen Drüsenmetastasen nicht unter Umständen Röntgenreizdosen zur Verstärkung des resorbierenden Drüsenelements zu besseren Erfolgen führen.

Klingmüller: **Geheilter Fall von Psoriasis ostracea.** 71jähr. Pat., angeblich erst seit 1914 Flechte am rechten Unterschenkel und seit 1916 auf der Brust. Wurde als Lues behandelt, da Aneurysma aortae ascendens und WR +. Lumbalpunktion —. Salvarsan und Schmierkuren ohne Erfolg. Der rechte Unterschenkel ist bedeckt mit schmutzigen, eitrigen Krusten, welche auch an den ziemlich scharfen, bogigen Grenzen bis zu $^3/_4$ cm hoch sind. Krusten leicht ablösbar, darunter stinkender Eiter auf leicht blutenden Granulationen. Auf Brust, besonders über der Magengrube und unterhalb der Mamma. Bauch- und Umgebung der Genitalien, pfennig- bis fünfmarkstückgroße scharf begrenzte Herde, die teils ineinander übergehen, teils ganz einzeln stehen; die größten bedeckt mit eitrigen Krusten, die kleineren mit silberglänzenden Schuppen. Unter Röntgen 3 X ohne Filter schnelle Abheilung.

Jarke-Flensburg: **Lupus erythematodes** an der Unterlippe mit beginnendem **Epitheliom.**

Digitized by Google

Beckmann: 2 Fälle von **Darierscher Krankheit.** 1. 45jähr. Frau. Beginn im 3. Lebensjahr. Seit 1904 ohne Erfolg in Behandlung. Befallen sind Kopfhaut, Nacken, Gürtelregion, Gelenkbeugen, Schamgegend, Ohrmuscheln und Gesicht. Fingernägel längsgestreift, brüchig. Starke Schweißabsonderung. Nach Röntgenbehandlung unter Atrophie der bestrahlten Haut die Affektion verschwunden.

2. 24jähr. Pat. Beginn 1920. An der Innenseite der Unter- und Oberschenkel eine lichenähnliche Dermatitis mit stecknadelkopfgroßen, schmutzigbraunen, hyperkeratotischen Papeln, ähnlich auf der Beugeseite der Unterarme. Auf den Handrücken verrucae-planaeähnliche rötliche Effloreszenzen.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Juli 1921, Bd. 33, H. 5/6.

Zur Histologie des Lichen chronicus Vidal, von Arthur Alexander-Berlin. S. 251—292. Die histologischen Untersuchungen, die sich auf 11 Fälle erstrecken, zeitigten folgende Ergebnisse: a) Knötchen: Fast immer ergibt sich eine Parakeratose, eine Verbreiterung des Rete und der interpapillären Zapfen; ferner lassen sich nahezu regelmäßig inter- und intrazellulärer Ödem, sowie Pigmentschwund in der Basalschicht nachweisen. Der Papillarkörper zeigt eine Zusammenpressung der Papillen, Ödeme und ein aus verschiedenartigen Zellen zusammengesetztes Infiltrat. b) Studium der Lichenifikation: die hier zu registrierenden Veränderungen gleichen den unter a geschilderten; nur treten sie hier in „quantitativ und qualitativ geringerem Grade" auf. Verf. bespricht dann weiter noch die histologische Differentialdiagnose zwischen Lichen Vidal, Lichen ruber planus und chronischem Ekzem. Er gibt zu, daß letzteres Krankheitsbild mit ersterem sehr viel Ähnlichkeit hat, weist jedoch auf folgende Unterscheidungsmerkmale hin: 1. Ausbleiben der starken Pigmentauswaschung beim Ekzem. 2. Fehlen der echten Blasenbildung beim Lichen Vidal und 3. starke Wanderzellendurchsetzung des Epithels bei Lichen circumscriptus. Auf die besonders gute bildliche Wiedergabe der mikroskopischen Präparate sei noch besonders hingewiesen.

Zur Frage des positiven Ausfalls der Wassermannschen Reaktion bei weichem Schanker und geschwürigen Prozessen der Genitalgegend, von Georg Birnbaum-Würzburg. S. 292—303. Nach Verf. haben nichtluetische Genitalprozesse, einerlei, ob sie mit oder ohne Drüsenbeteiligung verlaufen, keinen großen Einfluß auf die WR. Bei allenfalls vorkommenden positiven Resultaten sollen zur Stützung der serologischen Diagnose stets die DM und die SGR angestellt werden; etwaige Widersprüche sind durch sogenannte „paradoxe Reaktionen" oder durch Verwendung von zu schwachem Komplement (beim Original WR) zu erklären.

Erfahrungen mit der diagnostischen Lumbalpunktion bei Lues, von G. Fuss und G. Schallinger-Wien. S. 303—322. Die Lumbalpunktion ist trotz aller erdenklichen Kautelen kein gleichgültiger Eingriff. Die Verwendung dünner Nadeln, starke intravenöse Kochsalzzufuhr, sowie wiederholte subkutane Pilokarpininjektionen vermögen die Beschwerden zu mildern bzw. abzukürzen. Wenn trotzdem auf wiederholte Punktionen gedrungen wird, geschieht dies unter dem Gesichtspunkt, daß unter Umständen nur der Liquorbefund imstande ist, uns auf drohende Gefahren aufmerksam zu machen. Zur Beurteilung der Zerebrospinalflüssigkeit dienten u. a. die Zellzählung, die Bestimmung des Gesamteiweißgehalts und der Globulinnachweis. Schon im 1. Primärstadium zeigen eine kleine Anzahl von Fällen einen nicht mehr ganz einwandfreien Liquor. Zahl (69%) und Art der Veränderung wachsen mit dem Eintritt in das sogenannte unechte Primärstadium. Auf gleicher Höhe halten sich ungefähr die Zahl der erkrankten Liquores bei Lues II (Erstlingsexanthem und Rezidive); das spätere Stadium macht sich durch ernstere Liquorveränderungen bemerkbar. Nur sehr wenig intakte Liquores können bei Lues III gefunden werden. Bemerkenswert ist die hier und da auftretende Inkongruenz zwischen serologischem Befund und klinischem Status. Vergleicht man diese Resultate, die von unbehandelten Fällen gewonnen wurden, mit denen, die von bereits der Behandlung unterworfenen Patienten stammen, so kommt man zu dem Ergebnis, daß die eingeleitete Therapie den Liquor anscheinend wenig beeinflussen konnte; hierbei ist jedoch zu bemerken, daß die erfolgten Behandlungsmaßnahmen, nach unseren Begriffen als unzureichend erklärt werden mußten.

Digitized by Google

Über Sulfoxylatsalvarsan, von Leo Kummer-Wien. S. 322—324. Wegen seiner guten Verträglichkeit eignet sich das Mittel vor allem für physisch heruntergekommene Patienten. In seiner therapeutischen Wirksamkeit scheint es nicht ganz an das Neosalvarsan heranzukommen; auch bleiben die universellen Salvarsandermatitiden nicht immer aus.

Beitrag zur intravenösen Quecksilberbehandlung, von Friedr. Weiss-Jena. S. 329—333. Infolge des relativ geringen therapeutischen Effekts und der nicht selten vorkommenden bedrohlichen Nebenwirkungen (Intoxikation, Albuminurie) ist diese Methode der Hg-Verabreichung, selbst wenn hierzu Eigenserum angewandt wird, nicht zu empfehlen.

Beitrag zur Frage der Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen, von H. Hess-Bonn. S. 333—338. Hess leugnet das Vorhandensein einer Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen. Bei den in der Literatur aufgezählten Fällen handelt es sich nach Verf. entweder um zu hohe Dosierung, fehlerhafte Technik oder um lokal erworbene Überempfindlichkeit.

Ein Fall von Keratoma palmare et plantare hereditarium mit zahlreichen Streptokokken in der strichweise vakuolisierten Hornschicht und Sensibilitätsstörungen, von H. Nass-Bonn. S. 338—342. Klinisch und histologisch stellt der veröffentlichte Fall zweifellos kein Keratoma palmare et plantare hereditarium dar; bemerkenswert daran sind bisher in diesem Zusammenhang noch nicht veröffentlichte Störungen der sensibeln Nervatur an den beiden Unterarmen, sowie das zahlreiche Vorkommen von Streptokokken in der Hornschicht.

August 1921, Bd. 34, H. 1/2.

Histopathologische Studien an syphilitischen Lymphdrüsen des primären und sekundären Stadiums, von E. Zurhelle-Bonn. S. 1—72. Zur besseren Übersicht der groß angelegten Arbeit wird an der Spitze derselben eine klare Disposition aufgestellt. Über die normale Anatomie der Lymphdrüsen wird wesentlich Neues nicht gesagt. Die in pathologisch veränderten Drüsen vorkommenden Plasmazellen werden in lymphozytäre und lymphoblastische eingeteilt. Das syphilitische Virus kann die Drüsen auf dem Lymphwege (bei primärer Lues) als auch hämatogen (bei generalisierter Lues) befallen. Was in der Literatur Wesentliches bisher beschrieben ist, läßt sich kurz folgendermaßen zusammenfassen: Beschreibung der verschiedenen Zellformen in den Keimzentren, Zellwucherung im Lymphsinus; Verdickung und Wucherung von Kapsel und Trabekel; Erkrankung der Venen und Freibleiben der Arterien; periadenitische Prozesse (Venensklerose); Veränderung der Muskulatur der Lymphdrüse; degenerative Prozesse in den Keimzentren; Wucherung und Vermehrung der sogenannten Gitterfasern. Bei seinen eigenen Untersuchungen fand Z. frühzeitig auftretende lymphoblastische Plasmazellen und etwas später den lymphozytären Typ; auch konnte er die schon in der Literatur aufgeführten anfänglichen desquamativen Prozesse in den Sinusräumen bestätigen. Ferner fand er reichlichen Zellzerfall in den hyperplastischen Keimzentren; etwas später zeigen sich ödematös entzündliche Prozesse an der Kapsel und den Trabekeln; nach einiger Zeit folgt eine Rückbildung. Ähnliches läßt sich von den Vorgängen sagen, die sich im periadenitischen Gewebe abspielen. In bezug auf die Zellveränderungen im Blute fand Verf. bei Lues II eine Zunahme der Leukozyten und oft auch der Lymphozyten; gesetzmäßige Beziehungen zum Drüsenbild konnten nicht festgestellt werden. Der Einwirkung des Syphilisgiftes auf das lymphatische Gewebe wird bei dem Zustandekommen der WR eine große Rolle zugeschoben. Als hauptsächlichste Spirochätenorte (bei beginnender Erkrankung) seien die Lymphspalten, das lymphoide Gewebe, Kapsel und Trabekel sowie die Wandung der Blutgefäße aufgeführt. Niemals ließen sich Syphiliserreger in den Keimzentren nachweisen, was wohl auf die zahlreichen dort vorhandenen Sauerstofforte zurückzuführen ist.

Schleimhautlokalisationen der Darierschen Krankheit, von H. Löhr-Berlin. S. 72—75. Bei einem seit mehreren Jahrzehnten von der Krankheit befallenen Patienten wurden 1914 Schleimhautlokalisationen festgestellt; einige Jahre später ist nahezu die ganze Mundschleimhaut ergriffen. Die mächtige Ausdehnung wird auf vorherigen langen Gebrauch von Salmiak zurückgeführt.

Isolierte Diphtherie der Harnröhrenmündung bei einem Kinde, von R. Polland-Graz. S. 75—78. Anfänglich bot der Fall diagnostische Schwierigkeiten. Abstrichuntersuchung und Kulturversuch ließen dann den Charakter der Krankheit erkennen.

Zwei Fälle von Eczema callosum, von F. Polzin-Berlin. S. 78—86. Anfangs wird darauf hingewiesen, daß obige Namensgebung mehr Berechtigung hat als die sonst

Digitized by Google

üblichen Bezeichnungen wie Lichen chronicus VIDAL, Dermatitis pruriens lichenoides u. a. Es werden dann 2 Krankengeschichten wiedergegeben, aus denen hervorgeht, daß die bisher jeglicher Behandlung trotzenden Fälle nur durch systematische Therapie im Sinne UNNAS gut und dauernd beeinflußt werden konnten.

Über die Anwendung der Partialantigene (DEYCKE-MUCH) bei Hauttuberkulose, von W. WOLFFENSTEIN-Charlottenburg. S. 86—100. Was W. über obiges Thema zu sagen hat, klingt nicht sehr ermutigend. In diagnostisch-prognostischer Hinsicht scheint ihm die Methode fast wertlos; desgleichen drückt er sich in bezug auf die therapeutische Verwendbarkeit des Verfahrens sehr pessimistisch aus.

September 1921, Bd. 34, H. 3/4.

Über dermatoskopische Beobachtungen bei einigen Hautkrankheiten, von LEO KUMMER-Wien. S. 127—138. In erster Linie eignet sich die Methode für wissenschaftliche Untersuchungen. Exakte Beobachtungen des Untergrundes, der Gefäßform, der Strömung sind. Wegfall störender Momente vorausgesetzt, möglich; ebenso können gute Bilder von Blutaustritten, Zellinfiltrationen und Pigmentanhäufungen gefunden werden. Bei Psoriasis deckt sich das diaskopische Bild im großen und ganzen mit unseren pathologisch-anatomischen Feststellungen. Scharfe Begrenzung der einzelnen Plaques, Verschmälerung der suprapapillären Retemassen und Vertiefung der interpapillären Zapfen zeigen sich als wesentlichste Merkmale des Epithels. Im Korium lassen sich verbreiterte Papillen sowie scharf sichtbare Gefäße feststellen. Gelingt es beim Lichen ruber planus, die stark veränderte Epidermis ohne Blutung zu entfernen, so zeigen sich erweiterte Kapillargefäße sowie an der Erkrankung ungleichmäßig beteiligte Papillen. Während bei der Betrachtung des luetischen makulösen Exanthems noch ein einigermaßen einheitliches Bild erhältlich ist (unscharfe Begrenzung der Roseolen, fadendünne Gefäße, wechselnde Strömung), ist dies bei der Inspektion der luetischen Papel nicht mehr möglich.

Ein Beitrag zur Syphilis gravis, von WILHELM KIENDL-Wien. S. 138—143. Bei dem veröffentlichten Fall sind das intermittierende Fieber, die Intoleranz gegen Hg. und die gute Verträglichkeit des Salvarsans besonders bemerkenswert.

Über Hautveränderungen nach Tebezininjektionen und ihre Histologie, von FRIEDR. FISCHL-Wien. S. 143—150. Tebezin ist eine Tuberkelbazillenvakzine, die aus einer von Lipoidfettsäuregemischen und Neutralfetten fast befreiten Spielart gewonnen wird. Bei 4 mit Tebezin behandelten Patienten zeigten sich an den Injektionsstellen keloidartige Gebilde, die makroskopisch wie histologisch sehr an tuberkulösen Aufbau erinnerten. Weder durch Färbung noch durch Tierversuch konnten in den sehr persistenten Knoten Tuberkelbazillen nachgewiesen werden.

Beiträge zur experimentellen Pharmakologie des männlichen Genitales. IV. Zur Pharmakologie der Samenblase, von LUDW. KOFLER und ALFR. PERUTZ-Wien. S. 150—155. Nachfolgend registrierte Beobachtungen wurden an Samenblasen von Ratten angestellt. Das Organ ist in der Brunstzeit (Februar bis September) prall gefüllt und um ein mehrfaches größer als in den übrigen Monaten; seine pharmakologische Erregbarkeit geht im Winter verloren. Während Adrenalin und Tenosin tonussteigernd wirken und die Rythmik erregen, zeigen Pilokarpin und Physostigmin nur die letztere Wirkung. Atropin und Morphin lösen keine Bewegungen aus. Am Samenstrang ist ein selbständiges Ganglienzellensystem weniger nachweisbar als in der Samenblase.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Purpura papulosa HEBRAE, von H. MENZE-Jena. S. 155—162. Ausführliche Wiedergabe eines Falles von Purpura papulosa HEBRAE. Die Diagnose wurde nach Ausschluß von Lues und Tuberkulose durch histologische Untersuchung sichergestellt.

Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen. XVI. Onychogryphosis und Ichthyosis hystrix linearis (Naevus ichthyosiformis), von JUL. HELLER-Charlottenburg. S. 162—166. Die Umbenennung der Ichthyosis linearis in Naevus ichthyosiformis et hystriciformis will HELLER ungern gelten lassen. Er beschreibt einen Fall von Naevus ichthyosiformis et hystriciformis, der mit Onychogryphosis vergesellschaftet ist. Die von ihm geschilderte Affektion deckt sich nicht mit den Erklärungen über die Pathogenese identischer Erkrankungen.

F. Rosenberger-Hamburg.

Digitized by Google

Archives of Dermatology and Syphilology.

Februar 1921, Bd. 3, H. 2.

Verbreitung der Spirochaeta pallida bei experimenteller Syphilis (Dissemination of Spirochaeta Pallida in Experimental Syphilis), von F. Ebbrson-St. Louis. S. 111 bis 116. Die Befunde von Reasoner, daß das Blutserum eines intratestikulär geimpften Kaninchens fähig ist, Syphilis bei anderen Kaninchen, 17 Tage bevor der Primäraffekt fühlbar geworden ist, hervorzurufen, wurden nachgeprüft und bestätigt. Es wurden aus dem Blute von geimpften Kaninchen Spirochäten 7, 10 und 30 Tage nach der intratestikulären Impfung isoliert; der Primäraffekt zeigte sich 26, 23 und 3 Tage später. Die regionären Lymphdrüsen von Kaninchen erwiesen sich als virulent-spirochätenhaltig 7 Tage nach der Impfung des Kaninchenhodens und 26 Tage, bevor irgend eine Primärläsion sichtbar wurde. Es konnte gezeigt werden, daß die Milz Spirochäten enthielt, nachdem vor mehr als 2 Monaten der Impfhoden völlig verheilt war und durch wiederholte Punktion und unmittelbare Verimpfung des exzidierten Hodens auf andere Kaninchen als spirochätenfrei erfunden wurde. Die angegebenen Methoden scheinen zur Bestätigung von experimentellen Arbeiten usw. mit Vorteil anwendbar zu sein. Durch die endgültige Bestätigung der Frühinvasion der Lymphdrüsen und des strömenden Blutes während der Inkubationszeit der Syphilis bei Tieren wird die Lehre von einem Lebenszyklus der Spirochaeta pallida erheblich entkräftet. Man darf nicht allein aus negativen mikroskopischen Befunden, wo die Erreger fehlen, folgern, und dies als überzeugenden Beweis dafür ansehen, daß ein Formwechsel innerhalb des Tierkörpers stattgefunden habe. Der Umstand, daß die Spirochaeta pallida unverändert, sowohl morphologisch als auch in bezug auf die Virulenz in Blut und Lymphdrüsen gefunden wird, scheint ausreichend zu sein, um die genannte Lehre unhaltbar zu machen.

Viszerale Syphilis. Milzsyphilis (Visceral Syphilis. Syphilis of the Spleen), von U. J. Wile-Ann Arbor, Mich. S. 117—121. Syphilis der Milz ist weit häufiger in dem Frühstadium der Infektion, wobei sie zusammen mit der allgemeinen Lymphdrüsenschwellung sich zeigt, als in den späteren oder dem tertiären Stadium vorhanden. Die verhältnismäßige Unempfindlichkeit des Organs unter normalen Verhältnissen und das Fehlen von Symptomen, die auf dasselbe bezogen werden können, auch oft, wenn es krankhaft verändert ist, machen es wahrscheinlich, daß die Milzsyphilis häufiger vorkommt, als es in der Literatur zum Ausdruck kommt. Klinisch tritt die Syphilis im Frühstadium in der Form der akuten Milzschwellung mit oder ohne Schmerzen auf; im späteren sowohl als interstitielle Entzündung wie in der Form von vereinzelten oder miliaren Gummen und als amyloide Entartung. Dazu kommt häufig eine Vergrößerung der Milz infolge von interstitieller Splenitis und Perisplenitis in Vergesellschaftung mit andersweitiger innerer Syphilis. Auf die vereinzelten Fälle von Lebersyphilis, bei denen eine außerordentliche Milzvergrößerung vorkommt, das Bild der Bantischen Krankheit vortäuschend, ist bereits hingewiesen worden. Verf. beschreibt die einzelnen Formen der Milzsyphilis.

Viszerale Syphilis. Pankreas-Syphilis (Visceral Syphilis. Syphilis of the Pankreas), von U. J. Wile-Ann Abor, Mich. S. 122—125. Kurze Übersicht über die Literatur der Pankreassyphilis. Die Diagnose intra vitam zu stellen ist außerordentlich schwer, da die Drüse so selten allein befallen ist, daß die Symptome häufig verdeckt werden durch diejenigen der mitbetroffenen benachbarten Organe. Bei der Differentialdiagnose muß man Karzinom des Pankreaskopfes, Cholelithiasis und chronische interstitielle Pankreatitis ausschließen. Mit Ausnahme des Vorherrschens der Glykosurie bei Syphilis (in ungefähr 50% der Fälle) und der verhältnismäßig geringen Abmagerung bei großem fühlbarem Tumor sind keine sicheren Kriterien vorhanden, die Syphilis des Pankreas von anderen Formen der Pankreaserkrankungen zu unterscheiden. Indessen weist die Vergesellschaftung mit Lebererkrankung oder irgend einer anderen Form der Syphilis ernstlich auf die Ursache der Pankreaserkrankung hin, sofern eine solche festgestellt werden kann, und es ist wohl darauf aufmerksam zu machen, daß die meisten Pankreasfälle mit anderen Formen der Syphilis vergesellschaftet waren. Endlich hat der therapeutische Erfolg in der Mehrzahl der Fälle den Ausschlag für die Diagnose gegeben — sonst ist die Prognose schlecht.

Digitized by Google

Wiederansteckung bei Syphilis (Secondary Syphilitic Infection), von Ch. M. Williams-New York. S. 126—132. Verf. diskutiert die Frage der Reinfektion und des Schanker redux, teilt einen Fall mit, wo die Differentialdiagnose zweifelhaft war, und bringt eine Übersicht über die in der Literatur mitgeteilten Fälle von Reinfektion.

Die physikalische Grundlage der Radiumbehandlung (The Physical Basis of Radium Therapy), von G. Failla-New York. S. 133—141. Der Artikel bringt in klarer übersichtlicher Darstellung nichts Neues.

Verdauung von Keloiden, Narben und Bubonen durch die Pepsin-Salzsäure-Methode (Digestion of Keloids Cicatrices and Buboes with Pepsin-Hydrochloric Acid), von E. Ahlswede, z. Zt. Hamburg-Eppendorf. S. 142—143. Verf. berichtet über seine guten Erfolge mit der von P. G. Unna in der Dermatologie eingeführten Pepsin-Verdauungsmethode.

A. Von Recklinghausensche Krankheit bei den Negern. B. Rückgratsverkrümmung bei Recklinghausenscher Krankheit (A. Von Recklinghausens Disease in the Negro. B. Curvature of the Spine in von Recklinghausens Disease), von R. S. Weiss-St. Louis. S. 144—151. Verf. berichtet über zwei Fälle von Recklinghausenscher Krankheit und betont das außerordentlich seltene Vorkommen der Krankheit bei Negern. Ferner macht er auf einen Befund aufmerksam, den er beständig bei der Recklinghausenschen Krankheit erhoben hat, nämlich eine seitliche Verkrümmung des Rückgrats.

Mitteilung eines Falles von Fibromykom, das wahrscheinlich einem linearen Nävus entspricht (Fibromykoma-Probably a Linear Nevus Report of a Case), von F. J. Eichenlaub-Washington. S. 152—154. Bei einer 33jährigen farbigen Frau, deren Hautveränderung angeboren war, erstreckte sich am linken Arm, fast von der Achselhöhle herab, bis zur Mitte der Handfläche eine pendelnde, gelappte Masse von teigiger Beschaffenheit, die halb so dick wie der normale Arm war. Die Haut über dem Tumor war dunkler pigmentiert als die normale; und oberhalb der Veränderung und in einer Richtung mit ihr befand sich ein typischer pigmentierter Nävus, ungefähr 5 cm lang und 3 cm breit. Die histologische Untersuchung der Geschwulst ergab die Diagnose: Fibromykom (ohne jegliches Fettgewebe).

Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum (A Case of Multiple Idiopathic Hemorrhagic Sarcoma Kaposi), von K. P. Frost-Los Angeles. S. 155 bis 162. Der Fall betraf einen 48jährigen österreichischen Juden, der mit Klagen über Schmerzen und Schwellungen an Beinen und Armen zuging. Befallen war aber auch z. T. der Rumpf. Wiedergabe der makroskopischen und mikroskopischen Bilder. Behandlung mit Arsen und besonders mit Bestrahlung brachte deutliche Besserung.

E. Ahrens-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Nierensteine und Pyelographie, von Richard Glas-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1680.) In Fällen von intrarenal gelegenen Steinen, bei denen weder die oberflächliche Lage noch die Form des Schattens Aufschluß über den Sitz selbst gibt, kann nur die Pyelographie die genaue Lokalisation des Steines ermöglichen und so die Wahl des operativen Vorgehens bestimmen. G. Assmann-Kiel.

Über Selbstbrüche bei Nierensteinen, von R. Kienböck-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1690.) Es sind hier 3 Fälle von doppelseitiger Steinniere zusammengestellt, bei denen immer mehrere Steine durch Bruch eines einheitlichen Steines entstanden zu sein scheinen. G. Assmann-Kiel.

Über multiple, ein- oder beiderseitige Nierensteine: einige Beobachtungen (Multiple Renal Calculi. Unilateral and Dilateral: Some Observations), von J. T. Geraghty, J. T. Short und R. F. Schanz. (J. Am. m. Ass., 1921, Bd. 77, Nr. 12, S. 901—904.) Akute Pyonephrose oder komplette Uretersperre durch Steine können sofortige opera-

Digitized by Google

tive Eingriffe erforderlich machen, ebenso wenn für die Zukunft schwere Zerstörungen der Niere durch die Steine zu fürchten sind. In jedem Falle ist zu bedenken, ob die Entfernung der Steine nicht eine schwerere Schädigung verursacht als diese selber, oo die zu erwartende Besserung das Risiko lohnt, und ob es möglich ist, wirklich alle Steine zu entfernen. Oft wird eine abwartende und konservative Behandlung dem Pat. mehr nützen, ja ihm vielleicht das Leben erhalten. E. Sklarz-Berlin.

Verfeinerung der Nieren und Ureterensteindiagnose, von Béla v. Mezö, I. Chir. Univ.-Klin. Budapest. (D. m. W., 1921, Nr. 45, S. 1359—1360.) Die Ureteren bzw. Nierenbecken werden mit 2—3 ccm 16—20%iger Kollargollösung 3—4mal ausgespült. Durch Kollargolauflagerung der Steine können diese durch die nachfolgende Röntgenaufnahme mit Sicherheit nachgewiesen werden. F. Harry-Berlin.

Zur Frage der Irrtümer in der Nierensteindiagnostik, von Lehmann-Rostock. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1921, Bd. 28, H. 5.) Auf Grund röntgenologischen Befundes waren fälschlich Nierenkonkremente angenommen worden, während es sich um einen Tumor aus tuberkulösen, zum Teil verkalkten Drüsen handelte, der den Ureter komprimierte, wodurch klinisch Nierensymptome auftraten. Als Fehler wird die Unterlassung der Pyelographie bezeichnet. E. Levin-Berlin.

Über die Ursachen der Spätblutungen nach Nephrotomie und deren Verhütung, von E. Rehn-Freiburg i. Br. (B. kl. W., 1921, Nr. 41, S. 1217.) Auf Grund seiner klinischen und experimentellen Versuche macht Verf. für die Spätblutungen folgende Möglichkeiten verantwortlich: 1. Urinstauung durch Knickung oder Verstopfung, im Experiment durch Knotung des Ureters führt bei bereits verklebter Nephrotomiewunde zu schweren Nachblutungen, ebenso auch die zu frühzeitige Entfernung des Ureterkatheters. 2. In seltenen Fällen geben Erkrankungen der Niere selbst Anlaß zu Nachblutungen, z. B. Nephrektomie einer Niere, bei der eine Probeexzision bei Nierenxanthomatose zu schwerster Blutung geführt hatte. 3. Hämophilie, die aber bereits anamnestisch zu erforschen ist. 4. Die Anordnung und die Varietäten der Gefäße können zu nervöser Stauung Anlaß geben. 5. Im Experiment führt hochgradigste artefizielle Verlagerung, wie sie wohl in der Klinik kaum eine Rolle spielt, zur Beeinflussung des venösen Abflusses. Verf. hat durch seine Methode der Nierenfixation und Dränage des Nierenbeckens und Ureters nach außen und in die Blase mit einem dicken Ureterkatheter stets die Nachblutungen verhindern können. E. Langer-Berlin.

Die Blutungsgefahren bei Niereninzisionen, von Alfred Zinner-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1730.) Bericht über einen Fall einer mäßig hydronephretischen Niere, bei der das Vorhandensein nur einer einzigen mächtigen Nierenvene am oberen Rande des Sinus bei der Operation Anlaß zu einer schweren Blutung gab.
G. Assmann-Kiel.

Über Duodenalfisteln nach rechtsseitiger Nephrektomie, von Ernst Felber-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1673) Die anatomischen Beziehungen zwischen Pars descendens duodeni, rechtem Nierenbecken und Nienstiel begünstigen bei gewissen pathologischen Veränderungen am Nierenstiel eine Verletzung des Duodenums bei der rechtsseitigen Nephrektomie, deren Resultat eine Duodenalfistel ist. Der operative Verschluß der Fistel ist sofort in Angriff zu nehmen, da sonst die Patienten an Inanition zugrunde gehen. G. Assmann-Kiel.

Experimentelle Untersuchungen mit Rattenparabiosen. II. Teil: Die Folgen der Nierenexstirpation, von R. Matsuyama-Tokio. (Frankf Zschr. f. Path., 1921, Bd. 25, H. 2, S. 216—217.) Wenn dem einen Partner in der Parabiose beide Nieren exstirpiert werden, so ist die Lebensdauer bei ihm erheblich länger, als beim beiderseitig nephrektomierten Kontrolltier. Klinische Symptome und pathologisch-anatomische Befunde sind bei beiden Tieren gleich (Mattigkeit, Atemnot, Koma; Stauung aller Organe, Blutungen der Lungen, Leber, Milz, Brust- und Bauchwassersucht). Bei dem nicht nephrektomierten Partner stellten sich die gleichen Erscheinungen in geringerem Grade ein. Die Restniere zeigt Kompensationshypertrophie. Die längere Lebensdauer des nephrektomierten Partners im Verhältnis zum einzelnen Kontrolltier wird erklärt durch die Kompensationsfähigkeit in den Nieren des Partners, teils dadurch, daß Plethora und Anhäufung von Giftstoffen im Blut des nephrektomierten Partners durch die Blutkommunikation mit dem anderen bis zu einem gewissen Grade gemildert werden. Die infolge der Nierenexstirpation auftretende Vergiftungserscheinung wird nicht als Folge der Störung der inneren Sekretion, vielmehr durch Anhäufung der Harnbestandteile aufgefaßt.
H. Soltmann-Leipzig.

Digitized by Google

Über Bewegungen der Niere in ihren verschiedenen Achsen bei der Atmung, von Th. Hryntschak-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40. S. 1687.) Durch Vergleich der bei tiefer Ein- und Ausatmung gewonnenen Röntgenbilder von Pyelographien und Nierensteinen gelingt es außer der bereits bekannten respiratorischen Bewegung der Niere als Ganzes noch eine weitere Eigenbewegung, eine Kippung des oberen Nierenpoles nach vorn und seitlich nachzuweisen. Auch dieser Bewegung kommt eine gewisse Bedeutung für die Physiologie der Niere und verschiedener pathologischer Bildungen zu.
G. Assmann-Kiel.

Hufeisenniere mit Stein. Ein Beitrag zur Diagnostik und Operation, von M. Zondek-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 41, S. 1226—1228.) Die tiefe, mediale Lage des Steins spricht für angeborene Heterotopie der Niere, die Richtung der Längsachse des Steins von außen oben nach innen unten weist auf Hufeisenniere hin. Die Heterotopie der Niere ist durch Palpation und Röntgenphotographie nachweisbar; weitere Beweise für kongenitale Heterotopie sind die abnorme Kürze des Ureters, der Verlauf des Ureters dicht neben der Wirbelsäule und die Lage des Beckens an der vorderen Wand der Niere. Sind nun beide Nieren kongenital heterotop, so ist die Diagnose Hufeisenniere so gut wie sicher. Die Schnittführung beginnt drei Finger unter dem Rippenrand und endet drei Finger vor der Spin. ant. sup. F. Harry-Berlin.

Zur Behandlung der refrigeratorischen Pollakisurie, von Robert Bachrach-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1664.) Verf. führt das Leiden auf einen Krampfzustand der glatten Muskulatur des Blasenbodens zurück und gibt infolgedessen subkutane Injektionen von Papaverin, und zwar in der Einzeldosis von 0,05—0,06 täglich, im ganzen 6—7 Injektionen mit gutem Erfolg. G. Assmann-Kiel.

Über Propeptonuria spuria Posner, von O. Zuckerkandl. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1663.) Verf. bestätigt das Vorkommen eines Eiweißkörpers im Urin, von Posner Propepton genannt, als eine fast physiologische Erscheinung bei männlichen Individuen von der Geschlechtsreife an, wenn Samenblase oder Vorsteherdrüse vor oder während der Miktion einem Einfluß ausgesetzt war, der den Austritt von Sekret zur Folge hatte. Bei pathologischen Veränderungen der Prostata oder Samenblasen tritt diese Erscheinung stärker hervor. G. Assmann-Kiel.

Zur Kenntnis der Temperaturregelung bei Urämie, von Julius Schütz-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 39/40, S. 1721.) Ein Fall von Urämie mit pneumonischen Herden, Perikarditis und Pleuritis und trotzdem völlig fieberlosem Verlauf. Diese Fieberlosigkeit trotz ausgedehnter Entzündungsherde sei eine ausgesprochene, im Wesen der Urämie begründete Gesetzmäßigkeit. G. Assmann-Kiel.

e. Weibliches Genitale.

Elephantiasis vulvae, von Heinrich Klockmann. (Diss., Kiel 1919.) Elefantiasis der rechten großen Schamlippe auf der Basis einer chronischen Sykosis bei einer 34jähr. luetischen Frau. F. Weiler-Leipzig.

Zwei Fälle künstlicher Scheidenbildung, von Wallerstein-Mainz. (Zbl. f. Gyn., 1921, Nr. 41, S. 1492.) Verf. hat vor Jahren zwei jungen Mädchen mit Fehlen der Genitalien ein Stück Dünndarm als Vagina implantiert und die Dünndarmenden seitzuseit vereinigt. Beiden Pat. ging es nach der Operation jahrelang gut, Operationserfolg funktionell quoad cohabitationem gut. Nach $5^1/_2$ Jahren (!) bekam die eine Pat. einen Ileus, an dem sie, da sie den Arzt zu spät aufsuchte, nach zweimaliger Operation ad Exitum kam. Der zweiten Pat. geht es noch nach 10 Jahren sehr gut, auch keine Störung bei der Kohabitation. Verf. glaubt deshalb der Scheidenbildung aus dem Dünndarm noch fernerhin das Wort reden zu müssen, ganz im Gegensatz zu Kupferberg, der daraus, daß er in einem Falle nach der Dünndarmmethode eine Peritonitis mit tödlichem Ausgang beobachtete, diese Methode völlig verworfen sehen will.
A. Rosenburg-Berlin.

Die Behandlung chronisch-entzündlicher Adnexerkrankung mit Azetonal-Vaginalkapseln, von L. Bonnin-Berlin. (Fortschr. d. Med., 1921, Nr. 16.) Die Kapseln enthalten 5% Trichlorbutylsalizylsäureester und 5% Alsol in Gelatine gebettet und lösen sich bei Körperwärme auf. Verf. hat bei klinischen Versuchen günstige Resultate erzielt. Fast in allen Fällen fand sich ein rasches Nachlassen der Schmerzen und des Fluor. Sie sind geeignet zur Lösung von Retroflexionen, dagegen unbrauchbar bei abgekapselten, zystischen Adnextumoren. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Temporäre künstliche Sterilität, von E. H. F. Pirkner-Brooklyn N. Y. (Zschr. f. Sexualw., 1921, Bd. 8, H. 6.) Die Methode besteht in der Unterbindung der Tuben nach dem Uterus und Durchschneidung. Nach etwa 18—24 Monaten wird das dem Uterus proximale Ende der Tube wieder durchgängig, während gleichzeitig eine Wiedervereinigung mit dem distalen Ende vor sich geht. Indiziert ist die Vornahme der Operation bei Syphilis des Mannes, der Frau oder beider Ehegatten, selbst wenn die WR nicht positiv sein sollte; bei Fällen heilbarer Tuberkulose des Mannes, der Frau oder beider; bei schwerer Neurasthenie der Frau. Kontraindikationen sind die gleichen wie bei anderen Abdominaloperationen. E. Levin-Berlin.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Autoerotik und Gemeinschaftserotik in den beiden ersten Stufen der Jugend, von Fritz Klatt. (Zschr. f. Sexualw., 1921, Bd. 8, H. 8.) Die Onanie ist — unter der Voraussetzung, daß sie allein gefunden und heimlich betrieben wird — der erste unter Umständen völlig geniale Versuch der ersten Jugendstufe, mit sich selbst fertig zu werden. Daß dabei zu diesem wenig feinen Mittel gegriffen wird, ist der in geschlechtlichen Dingen unzureichenden, weil ungenialen Art der Erziehung zur Last zu legen. Der Versuch, mit sich selbst fertig zu werden, scheitert meist an der zu frühzeitigen Preisgebung an die Gemeinschaft. Die zweite Stufe des Jugendalters (16 bis 23 Jahre) zeigt den der jugendlichen Autoerotik entgegengesetzten Trieb über sich selbst hinauszukommen, den eigentlichen jugendlichen Willen in dem Kameraden wieder zuerkennen; er liebt in ihm immer noch das eigene Geschlecht. In diesem Stadium findet sich die eigentliche Jugendbewegung mit ihrem Absonderungswillen von der Familie und von dem anderen Geschlecht. Für den nicht von der Jugendbewegung erfaßten Teil der Jugend besteht der — anarchische — Zustand des Herumflirtens, des Lebens mit Verhältnis oder Dirnen. E. Levin-Berlin.

Ein Beitrag zur Statistik der Geschlechtskrankheiten in Dorpat während der Jahre 1909—1918, von A. Paldrock. (Dorpat 1921, Acta et Amment. Univ. A I. 1, 101 S., 48 Tabellen.) Die Untersuchung von 2021 Blennorrhoefällen der männlichen Privatpraxis während 10 Jahren, 1909—1918. Die Infektionsfrequenz erreichte ihren durchschnittlichen Höhepunkt im August; ihm folgen Oktober und Dezember; der Mai steht erst an viertletzter Stelle. Unter den nichteingeschriebenen Infektionsquellen spielen Näherinnen, Dienstmädchen, Damen der Gesellschaft, Landmädchen usw. die größte Rolle. Die allermeisten Infektionen fanden in Dorpat selbst statt. Von den Patienten stehen die Studenten (742, davon 374 Mediziner!) an weitaus erster Stelle; in weitem Abstand folgen Beamte, Gymnasiasten usw. Bezüglich der 102 wegen Ulcus molle und 567 wegen Lues behandelten Männer gilt im großen und ganzen das gleiche wie für die Blennorrhoe. Auffallend ist nur die überwiegend durch nichteingeschriebene Frauen erfolgte Infektion mit Lues (263 positive gegenüber 304 nichtpositive). Das Häufigkeitsverhältnis gestaltet sich in Anbetracht der lokalen Verhältnisse: Lues : Blennorrhoe = 3 : 1. E. Dethleffsen-Heidelberg.

Ärztliche Erfahrungen über Aufklärungsarbeit mittels Laufbildes, von F. W. Oelze und Meta Oelze-Rheinboldt-Leipzig. (Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh., Bd. 19, Nr. 5, S. 102—106.) Besonders für den Ungebildeten empfiehlt sich der Film, und zwar nicht der dramatische, sondern der rein belehrende als dankbares Aufklärungsmittel. Verff. berichten über die äußerst günstigen Erfahrungen, die sie mit dem von der Ufer mit der D.G.B.G. hergestellten Film machten, als sie in 14 Städten vor der Filmvorführung Vorträge hielten. Es empfiehlt sich die Vermietung der Filme an die Kinobesitzer unter bestimmten Bedingungen, die Gliederung des Vortrags und Films in Blennorrhoe und Lues, eventuell die bis zum Vortragenden durchgeführte Trennung der Geschlechter und außerdem ein Zusammenarbeiten mit den Krankenkassen. E. Dethleffsen-Heidelberg.

Der gegenwärtige Stand der Physiologie der Geschlechtsbestimmung I, von T. Peterfi-Jena. (D. m. W., 1921, Nr. 42, S. 1265—1267.) Die bei der Geschlechtsbestimmung maßgebenden Faktoren werden in progame, syngame und metagame eingeteilt. Unter den progamen Faktoren unterscheidet man innere und äußere. Unbekannte innere Faktoren spielen eine Rolle bei der Geschlechtsbestimmung der Ringelwurmeier. Aus den größeren schlüpfen regelmäßig Weibchen, aus den kleineren

Digitized by Google

Männchen heraus. Einen ähnlichen Dimorphismus der Eier findet man bei Daphnien, Rotatorien, Phylloxeraarten. Auch im Sperma der meisten Tiere sind Unterschiede im Chromatingehalt, Größe, Kopfform und Kopflänge der Spermien vorhanden, ebenso in den Samenzellen betreffs des Vorhandenseins oder Fehlens von Kernchromatin. Der wichtigste biologisch erkannte innere Faktor ist die Konstitution des Gametenkernes. Beim Menschen erfolgt durch Befruchtung überreifer Eier eine Zunahme der Geburten von Mädchen. Da die Ovulation von der Menstruation unabhängig ist, so läßt sich von der Menstruation an gerechnet das Alter des Eies nicht feststellen. Unter den äußeren Faktoren ist der physiologische Zustand der Eltern (Temperatur, Ernährung, chemische Reize auf den elterlichen Organismus) von Bedeutung, ferner das Alter des Vaters und der Mutter. Mütter unter 19 und über 40 Jahren bringen vorwiegend Knaben zur Welt.

F. Harry-Berlin.

Der gegenwärtige Stand der Physiologie der Geschlechtsbestimmung, von Tiberius Péterfi, Anstalt f. exper. Biologie der Universität Jena. (D. m. W., 1921, Nr. 43, S. 1299—1300; Nr. 44. S. 1332—1333; Nr. 45, S. 1363—1365.) Verf. bespricht die Bedeutung der syngamen Faktoren für die Geschlechtsbestimmung, die in 3 Unterabteilungen, innere, äußere Faktoren und Rassenfaktor zerfallen. Von den inneren Faktoren spielt die Kernkonstitution der Gameten und ihr Konseptionswert eine Rolle. Von äußeren Faktoren kommt nur dem schwachsauren Medien eine Bedeutung zu, indem die Besamung in einem solchen Medium durch Zunahme der Vikosität der Eizellen in Überzahl Männchen lieferte. Der Gegenversuch in hypertonischen Lösungen zeigt ein Überwiegen der Weibchen. Die Bedeutung des Rassenfaktors wird durch Kreuzungsversuche nachgewiesen, wobei sich zeigt, daß der männliche Partner der starken Rasse vorwiegend Männchen erzeugt, der männliche Partner der schwachen Rasse die Geschlechtsbestimmung nicht beeinflußt.

Metagame Faktoren: 1. Die Temperatur. Kälte ruft bei Froschlarven männliche Entwicklung hervor. Wärme fördert nur die Entwicklung der bereits bestimmten Geschlechtscharaktere. 2. Letalfaktor. Dieser scheint beim Menschen in der zweiten Hälfte des embryonalen Lebens vorwiegend an das Männchen gebunden zu sein. 3. Die Lebensweise. Sie verändert bei Tieren, die eine metagame Entwicklung haben, den Geschlechtscharakter. 4. Die Wirkung des Stoffwechsels eines fremden Lebewesens. Der Parasit wirkt auf die Geschlechtscharaktere des Wirtes, oder ältere Tiere lösen durch Abgabe gewisser Stoffwechselprodukte den Geschlechtscharakter der Jungen aus. 5. Die innere Sekretion der Keimdrüsen. In einem Teile der Tierwelt werden von spezifischen Organen geschlechtsregulierende Hormone geliefert (Vögel, Säugetiere), bei Insekten und Amphibien findet keine zentralisierte Erzeugung der Hormone statt.

Die Geschlechtsbestimmung erfolgt durch einen Komplex und eine Kombination von Faktoren, die in früheren Artikeln behandelt sind. Im großen und ganzen kann man 2 Richtungen unterscheiden, die mendelistisch-orientierte, die in den Heterochromosomen die Entscheidung über den Geschlechtscharakter sieht, und die hormonistisch-orientierte Richtung, nach der der Geschlechtscharakter erst durch Einsetzen geschlechtsspezifischer Hormone bestimmt wird.

F. Harry-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Geh. San.-Rat Prof. Adolf Blaschko, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten;

Frau Dr. Marie Kaufmann, Oberärztin an der dermatologischen Klinik in Berlin;

Dr. Eraud in Lyon.

R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

15. April 1922 | Nr. 15 | Band 74

Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. C. Kreibich).

Über säurefeste Bazillen bei Acne conglobata.

Von

Dr. Erwin Pick.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Die Ätiologie der Acne conglobata ist in letzter Zeit mehrfach Gegenstand der Diskussion gewesen. In einer kritischen Betrachtung dieser Frage konnte Finger (1) zeigen, daß früher unter dem Begriffe der Acne cachecticorum Krankheitsbilder verschiedener Ätiologie subsumiert wurden, nämlich das papulonekrotische Tuberkulid und die Acne conglobata, deren klinisches und histologisches Bild bereits 1903 von Spitzer (2) unter der Bezeichnung Dermatitis follicularis et perifollicularis conglobata fixiert worden ist. Nach Finger ist die Acne conglobata als exzessiv gesteigerte juvenile Komedonenakne aufzufassen und steht in keiner ätiologischen Beziehung zur Tuberkulose.

Es ist in diesem Zusammenhang interessant, auf einen bakteriologischen Befund hinzuweisen, der sich uns bei Untersuchung eines Falles von Acne conglobata ergeben hat, und der unseres Wissens bisher nur von Preis (3) erhoben worden ist, welcher über zwei Fälle dieser Erkrankung mit säurefesten Bazillen im Abszeßeiter berichtet hat. Da das Vorkommen von säurefesten Stäbchen bei einer Erkrankung, die früher mit dem papulonekrotischen Tuberkulid identifiziert worden ist, die jedoch nach unseren heutigen Kenntnissen von demselben scharf zu trennen ist, unter Umständen zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung geben könnte, soll auch über unseren Fall berichtet werden.

P. J., 19 Jahre alt, Schlosser. Die Hautkrankheit besteht seit zwei Jahren, vorher bloß zahlreiche Mitesser. Die jetzige Krankheit begann mit schmerzlosen Vorwölbungen der Haut über beiden Unterkiefern, später auf der Stirne und schließlich am Nacken. Trotz verschiedener, auch chirurgischer Behandlung der einzelnen Herde ist die Affektion nicht besser geworden.

Status: Mittelgroß, schwächlich gebaut. Auf der Haut der Brust, des Rückens und der Oberarme zahlreiche linsengroße, entzündlich gerötete Knötchen, die z. T. zentrale Komedonen, z. T. Eiterpusteln aufweisen, dazwischen verstreut zahlreiche Komedonen mit schwarzen Köpfen, ohne entzündliche Reaktion der Umgebung. Über beiden Schulterblättern und Schultern bohnengroße, lividrote, flache, fluktuierende Knoten, deren Wand an einer oder mehreren Stellen verdünnt ist und eitrigen Inhalt durchschimmern läßt. Zahlreiche ebensolche Herde konfluieren am Nacken, den seitlichen Halspartien, über beiden Unterkiefern, Schläfen und Stirne zu handtellergroßen Plaques, über welchen die Haut lividrot verfärbt, unterwühlt, schwappend und an zahlreichen Stellen siebartig durchlöchert ist. Auf Druck entleert sich aus den zahlreichen kommunizierenden Kanälen reichlich Eiter. Auf der Haut der Wangen zahlreiche stecknadelkopfgroße Narben und Komedonen. Physikalischer Befund und Röntgendurch-

Digitized by Google

leuchtung ergeben keine Anhaltspunkte für Tuberkulose. Tuberkulinreaktion (1 mg Alttuberkulin subkutan) zweimal angestellt ergibt leichte Reaktion an der Stichstelle, keine Allgemein-, keine Herdreaktion.

Wie aus dem mitgeteilten Status ersichtlich, kommen auch im klinischen Bilde dieses Falles alle differentialdiagnostischen Merkmale (Akneknötchen, Komedonen) gegenüber dem papulonekrotischen Tuberkulid deutlich zum Ausdruck.

Bei mikroskopischer Untersuchung einiger nach Ziehl-Neelsen gefärbter Präparate aus dem Abszeßeiter einzelner Herde fanden sich neben Leukozyten und Kokken von verschiedener Form und Größe massenhaft

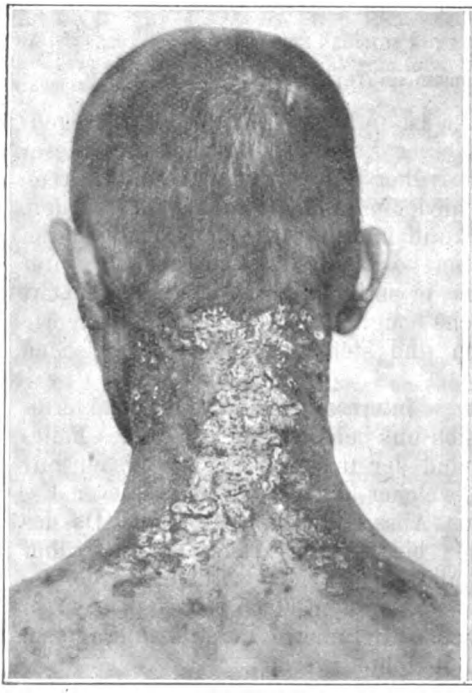


Abb. 1.

Abb. 2.

säurefeste Bazillen, die in den für Tuberkelbazillen charakteristischen Nestern und Zöpfen angeordnet waren und morphologisch eine Differenzierung von diesen nicht zuließen. Wenn auch der Krankheitsprozeß nach seinem klinischen Bilde mit Tuberkulose nicht in Zusammenhang gebracht werden konnte, so erforderte doch dieser Befund eine Aufklärung mit allen zur Verfügung stehenden Methoden. Zur raschen Orientierung bewährte sich in diesem Falle das von Preis (4) empfohlene Verfahren zur Differenzierung des Tuberkelbazillus von anderen Bakterien der säurefesten Gruppe.

Das Verfahren beruht auf der relativ höheren Resistenz der Tuberkelbazillen gegenüber kochendem Wasser. Während die mit heißem Karbol-

Digitized by Google

fuchsin maximal gefärbten Tuberkelbazillen auch nach 5 Minuten langer Einwirkung von kochendem Wasser nicht entfärbt werden, entfärben sich andere nichtpathogene Bakterien der säurefesten Gruppe im allgemeinen schon nach 1—2 Minuten. Die in unserem Falle vorhandenen Stäbchen zeigten schon nach 1 Minute vollkommene Entfärbung. Aus den letzten Untersuchungen von SCHLOSSBERGER und PFANNENSTIEL (5) geht nun hervor, daß eine scharfe Abgrenzung der Tuberkelbazillen von apathogenen säurefesten Keimen auf Grund ihres färberischen Verhaltens nicht möglich ist, wenn auch die Genannten zugeben, daß sich säurefeste saprophytische Stämme im allgemeinen leichter entfärben als vollvirulente Tuberkelbazillen.

Wenn wir daher diesem Verfahren keineswegs die Bedeutung eines Kriteriums von großer Beweiskraft zuerkennen dürfen, so war doch durch die geringe Resistenz der vorliegenden Bakterien die Annahme, daß es sich in unserem Falle nicht um Tuberkelbazillen handeln dürfte, wahrscheinlich gemacht.

Der Ausfall der weiteren Untersuchungen bestätigte die Richtigkeit dieser Auffassung. Der Tierversuch (subkutane und intraperitoneale Impfung von vier Meerschweinchen mit Eiter und zerriebenem Gewebe) fiel negativ aus. Auch die histologische Untersuchung des erkrankten Gewebes ergab keine Anhaltspunkte für Tuberkulose. Im Gewebe waren die säurefesten Bakterien nicht nachweisbar, während sie im Eiter zahlreicher, aber keineswegs aller Herde in großen Mengen nachgewiesen werden konnten. Es ist noch zu erwähnen, daß dieselben Mikroorganismen auch in einem zweiten Falle von Acne conglobata gefunden werden konnten, während bei zwei weiteren Fällen dieser Erkrankung ihr Nachweis trotz zahlreicher Untersuchungen nicht gelang. Die Kulturversuche, die mit verschiedenen Nährböden und Anreicherungsverfahren angestellt wurden, hatten leider ein negatives Resultat, wohl infolge der dem Eiter in großen Mengen beigemengten anderweitigen Keime (Staphylococcus albus, Bakterien der Proteusgruppe).

Es ist nun die Frage zu erörtern, ob die in den Fällen von PREIS und in unseren Fällen vorgefundenen Keime zur Acne conglobata in ätiologischer Beziehung stehen.

Es erscheint uns an dieser Stelle von großer Wichtigkeit, kurz auf die Resultate der Untersuchungen einzugehen, welche von KOLLE, SCHLOSSBERGER und PFANNENSTIEL (6) über das Verhalten säurefester saprophytischer Bakterien im Warmblüterorganismus angestellt wurden. Wie aus diesen umfangreichen Untersuchungen hervorgeht, gelingt es, die geringe Tierpathogenität säurefester saprophytischer Bakterien (Butterbazillus, Timotheebazillus usw.) durch mehrmalige Tierpassage hochgradig zu steigern, so daß bei den infizierten Tieren mit Zunahme der Passagen immer mehr das Bild der echten generalisierten Tuberkulose zustande kommt. Gleichzeitig mit dieser Virulenzsteigerung nähern sich die verwendeten Keime in ihren biologischen Eigenschaften immer mehr den echten Tuberkelbazillen, insbesondere bezüglich ihres kulturellen Wachstums und ihrer Säurefestigkeit, womit natürlich nicht gesagt sein soll, daß diese ursprünglich saprophytischen Bakterien sich in echte Tuberkelbazillen verwandelt hätten. Die histologischen Veränderungen bei den

Digitized by Google

infizierten Tieren wurden von JAFFÉ (7) eingehend studiert, welcher feststellen konnte, daß die von den genannten Passagestämmen hervorgebrachten pathologischen Veränderungen von echter Tuberkulose nicht zu unterscheiden waren. Hinsichtlich der Frage, ob die saprophytischen Bakterien der säurefesten Gruppe als Erreger von tuberkuloseähnlichen Erkrankungen in Betracht zu ziehen sind, äußern sich KOLLE, SCHLOSSBERGER und PFANNENSTIEL folgendermaßen: „Die wenig tierpathogenen säurefesten, aus Milch, Butter usw. isolierten Bakterien dürften trotz der phylogenetischen Beziehungen unter natürlichen Verhältnissen als Erreger von tuberkulösen oder tuberkuloseähnlichen Prozessen bei Warmblütern kaum, die saprophytischen überhaupt nicht in Frage kommen. Die Tierpathogenität, die eine Abgrenzung der echten virulenten Warmblüter-Tuberkelbazillen, wie sie tuberkulöse Menschen und Tiere liefern, von den übrigen Säurefesten ermöglicht, ist bei den nicht experimentell in ihrer Virulenz gesteigerten Kulturen solcher säurefesten Stämme zu gering."

Übertragen wir diese Ergebnisse auf unsere Fälle, so gelangen wir zu folgendem Schlusse: Da auch die in den Fällen von PREIS und in unseren Fällen vorgefundenen Mikroorganismen als nichtpathogene Bakterien der säurefesten Gruppe anzusehen sind (Tuberkelbazillen konnten mit Sicherheit ausgeschlossen werden), und als solche unter natürlichen Verhältnissen als Erreger von Erkrankungen bei Warmblütern kaum in Betracht kommen, da sie sich ferner keineswegs in allen Fällen von Acne conglobata regelmäßig vorfinden, und da sie schließlich sowohl von PREIS als auch von uns nur im Abszeßeiter (Follikelinhalt), jedoch nicht im perifollikulären Gewebe nachgewiesen werden konnten, erscheint unsere Auffassung, daß ihnen nur der Charakter von Saprophyten zukommt, hinreichend gerechtfertigt.

Literatur.

1. FINGER, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 135. — 2. SPITZER, Derm. Zschr., 1903, Bd. 10. — 3. PREIS, Arch. f. Derm., 1908, Bd. 92. — 4. PREIS, Ref. Arch. f. Derm., 1910, Bd. 101, S. 430. — 5. SCHLOSSBERGER u. PFANNENSTIEL, D. m. W., 1920, H. 44. — 6. KOLLE, SCHLOSSBERGER u. PFANNENSTIEL, D. m. W., 1921, H. 16, und Arb. aus d. Staatsinst. f. exper. Ther. zu Frankfurt, 1921, H. 12. Jena, Gustav Fischer. — 7. JAFFÉ, D. m. W., 1921, H. 26, und Arb. aus d. Staatsinst. f. exper. Ther. zu Frankfurt, 1921, H. 14. Jena, Gustav Fischer.

Aus dem Rudolph-Berghs-Hospital in Kopenhagen (Chefarzt: Dr. med. O. JERSILD).

Eine neue Technik für intramuskuläre Quecksilberinjektionen.

Von

Dr. B. PONTOPPIDAN, I. Assistent.

Ein halbes Jahr hindurch habe ich das nachfolgende Verfahren in unserem Hospital und in der damit verbundenen Poliklinik mit bestem Erfolge in Anwendung gebracht.

Digitized by Google

Von aus der Apotheke[1]) zu beziehenden Stäbchen (Calomel vapore parat. 3, Ol. cacao 6, m. f. bacill. Nr. LX) mit einem Durchmesser von weniger Millimeter, als derjenige einer gewöhnlichen 1-ccm-Rekordspritze ist, wird ein solches in die Spritze gebracht und letztere einige Male vorsichtig durch eine Spiritusflamme gezogen. Die Kakaobuttermasse schmilzt schon bei 30° und kann dann leicht durch eine gewöhnliche Rekordkanüle Nr. 3 gespritzt werden.

Vorteile dieser Methode sind:

1. Unmöglichkeit einer Überdosierung.
2. Vermeidung des zeitraubenden und beschwerlichen Umschüttelns einer Kalomel-Ölsuspension.
3. Geringere lokale Beschwerden nach der Injektion wegen der Geringfügigkeit der injizierten Menge.
4. Bedeutend geringere Infektionsgefahr wie bei dem gewöhnlichen Verfahren, wo eine nicht sterile Spritze öfters in die Ölsuspension getaucht wird.

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Februar 1922.

Vorsitzender: NOBL. Schriftführer: KUMER.

HELLMANN: **Rhinosklerom.** 32jähr. Pat. aus Beßarabien zeigt etwa 2 Jahre bestehende, diffuse, mehr weniger derbe, rötliche, oberflächlich glatte Infiltrate in beiden Tränensackgegenden, am Nasenrücken und den angrenzenden Wangenpartien, die zum Teil geschwürig zerfallen sind. Der Prozeß ist als eine Fortsetzung vom Naseninnern längs der Tränennasengänge aufzufassen, woselbst sich ebenso wie auch im Epipharynx Granulationsmassen finden, die etwa 14 Jahre bestehen. Diagnose histologisch und kulturell sichergestellt.

OPPENHEIM: **Lichen ruber acuminatus.** 30jähr. Frau: Beginn vor sechs Wochen. Lokalisation: Hals, Schultern, Brust, Bauch, Rücken und Kreuzgegend. Auch der behaarte Kopf herdweise befallen. Am Halse die derben, hellroten, mit Hornstacheln versehenen Knötchen reihenweise angeordnet, auf Brust und Rücken sehr dicht, in der Schnürfurche und Kreuzgegend kleiner, gelbbraun.

SACHS: Das Krankheitsbild erinnert an eine Breslauer Moulage von Pityriasis rubra pilaris.

STRASSBERG: Ein analoger Fall wurde an der Klinik FINGER beobachtet, und als Keratodermitis follicularis atrophicans beschrieben. Die umschriebenen Atrophien der Kopfhaut, die dieser Fall dargeboten hatte, könnten im OPPENHEIMschen Falle vielleicht noch auftreten.

OPPENHEIM möchte den Fall doch als Lichen acuminatus auffassen. Als Pityriasis rubra pilaris ist nur die universelle Form aufzufassen. Der heftige Juckreiz, die klinische Form der Knötchen am Halse und an der oberen Brustapertur, die der von ARZT demonstrierten Moulage entsprechen, sichern die Diagnose.

OPPENHEIM: **Urticaria pigmentosa oder exanthemartige in die Nävusgruppe gehörende Hautaffektion.** 64jähr. Gärtner. Vor 26 Jahren Auftreten schwarzer Flecke. Der Fall soll von SCHERBER hier vor Jahren demonstriert worden sein. Auf Brust, Bauch und Rücken bis erbsengroße, runde, scharf begrenzte, flach erhabene, gelbbraune bis tiefdunkelbraune, wenig resistente Effloreszenzen, deren Oberfläche normal

---

[1]) Als „Bacilli calomelanos Leo" (Schachteln zu 10 und 50 Stück) sind sie von der Löwen-Apotheke in Kopenhagen zu beziehen; jedes aus sterilem Ol. cacao hergestelltes Stäbchen befindet sich in einer Gelatinekapsel.

Digitized by Google

ist und die auf Glasdruck in der Farbe unverändert bleiben. An den Streckseiten der Oberarme und am Rücken bis hirsekorngroße Papeln von normaler Hautfarbe. Einige zeigen eine leichte Einsenkung von bläulich-roter Farbe, wodurch helle Ringe und dunkle Zentren entstehen. Am Rücken zahlreiche dunkle Ringe mit heller, im Niveau der Haut liegender, zentraler feiner Narbe. Vor drei Monaten weniger zahlreiche Efflores-zenzen. Keine subjektiven Symptome. Kein Dermographismus, WR —, Blut normal. Am nächsten steht der Fall der Urticaria pigmentosa, obwohl Anamnese, Fehlen von Dermographismus und histologischer Befund dagegen sprechen. Histologischer Befund: Leichte Akanthose, Ödem der Papillen. Verbreiterung der Epidermiszapfen. Pigmentierung der Basalzellen. Mastzellen in den Papillen, reichlicher zentral im Kutisbindegewebe. Dort hauptsächlich Gefäßveränderungen, ein Netzwerk neugebildeter, nicht erweiterter Gefäße mit großen Endothelien. Die Gefäße begleitet von eigentümlichen protoplasma-reichen Zellen, die auch mehrkernig sind, doch nicht sicher Plasmazellen entsprechen. In dieser Schicht keine Rundzellenhaufen, doch vielleicht Mastzellen. In den tieferen Schichten Rundzellenansammlungen um die Schweißdrüsen. Es ist vorläufig nicht möglich, eine bestimmte Diagnose zu machen.

Brünauer: 1. **Lues hereditaria tarda oder Spätsyphilid.** Bei dem in der letzten Sitzung vorgestellten Knaben sind unter antiluetischer Therapie die Erscheinungen am Unterschenkel geschwunden. Vater des kleinen Pat. vor 23 Jahren luetisch.

2. **Lupus erythematodes subacutus mit Nachschüben.** Pat. zeigt eine die Wangen einnehmende, scharf begrenzte, intensiv gerötete, erythematöse Hautverände-rung. Ähnliche, kleinere Herde an Stirn, Nase und Kinn. Plaques an den Wangen leicht schuppend, Rand leicht eleviert und progredient, Zentrum eingesunken. Auf den Streckseiten der Hände, auch am Stamme kleine, intensiv gerötete Herde. Ein Kind der Pat. mit 3 Jahren an Meningitis tuberculosa gestorben. Pirquet und Mantoux +, Moro —. Röntgenologisch: verkalkte Bronchialdrüsen, sowie Hilusschatten.

3. **Ulcus phagedaenicum cruris.** Pat. hat einmal abortiert und von 5 Kindern 2 verloren. Am linken Unterschenkel ein fünfkronenstückgroßes kreisrundes Geschwür mit stellenweise vorspringenden mißfärbigen Zacken, Rand unterminiert, matsch. In der Umgebung dieses Geschwüres mehrere kleinere ähnliche. WR und Luetinprobe —. Im Geschwürsekret gramnegative Stäbchen mit leicht verdickten Enden. Ehrmann hat diesen Geschwürsprozessen seit langem seine Aufmerksamkeit gewidmet und 5 Fälle von Fischl und Kürschner durchuntersuchen lassen.

Kumer (Klinik Riehl): 1. **Lupus vulgaris der behaarten Kopfhaut.** 33jähr. Mann. Beginn vor 20 Jahren nach Verletzung mit einem Eisenstück. Derzeit zwei handteller-große Herde, in der Mitte narbig und haarlos, in der Peripherie braungelbe weiche Infiltrate.

2. **Naevus Pringle.** 18jähr. Pat., typischer Fall.

Fuhs (Klinik Riehl): 1. **Starkstromverletzung.** 38jähr. Hilfsarbeiter, an der Beugeseite des Vorderarmes sowie der Vola der rechten Hand eine deutliche braunrote Verfärbung von einer Imprägnierung mit gasförmig verpufften Metallteilchen durch den elektrischen Lichtbogen.

2. **Starkstromverletzung.** 40jähr. Mechaniker, mit oberflächlicher Nekrose der Vola der rechten Hand und länglichem, scharfbegrenztem, schnittartigem Substanzverlust am Dorsum, der an einzelnen Stellen die Streckseiten zutage treten läßt.

3. **Papillomatöser Tumor des Penis.** 38jähr. Pat. mit wallnußgroßer, derber papillomatöser Geschwulst im Sulcus coronarius, auf Glans und inneres Vorhautblatt über-greifend. Biopsie: atypische Wucherung von Plattenepithel.

Randak (Klinik Riehl): 1. **Kerion Celsi.** Typischer Fall am Nacken eines 18jähr. Pat. Hochgradige Allergie. (Blasenbildung auf Trichophytin Busson 1:50 an der In-jektionsstelle.)

2. **Herpes tonsurans** an Ober- und Unterarmen einer 43jähr. Pat. mit handteller-großen Irisformen.

Arzt (Klinik Riehl): 1. **Erythema exsudativum multiforme atypicum.** 47jähr., vor acht Tagen mit Fieber und Gelenkschmerzen erkrankte Frau mit polymorphem Exanthem über den Handrücken, Vorderarmen und Wangen, und zahlreichen disseminierten Effloreszenzen am Körper, einzelne hämorrhagisch. Unter hohem Fieber seit wenigen Tagen Auftreten eines präsystolischen Geräusches (Endokarditis?).

2. **Erythema exsudativum multiforme.** 19jähr. junger Mann. Vor acht Tagen unter Halsschmerzen und Fieber Auftreten von Bläschen im Munde und an der Wangen-schleimhaut. Später polymorphe Effloreszenzen an den Streckseiten der Hände und aus-

Digitized by Google

gedehnte Erosionen an Lippen-, Wangen- und Zungenschleimhaut, sowie Konjunktivitis. Unter Salizyltherapie vollständiger Rückgang.

3. **Pemphigus vulgaris.** 35jähr. Mann, seit 1½ Jahren Sykosis, seit 20. Dezember Blasen seitlich am Halse und am Kinn, zirzinäre Blasen an Genitale und Extremitäten. In letzter Zeit Blasen an der Mundschleimhaut.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 136, H. 1.

Beiträge zur Klinik und Histologie des Granuloma annulare, von O. Grütz und E. Hornemann, Hautklin. Kiel. S. 1—11. Die Krankheit bildet kleine nicht schmerzhafte oder juckende weißliche Knötchen von keloidartiger Härte und kutanem Sitze. Bis Linsengröße heranwachsend, sinken sie zentral zur Norm zurück, während der Rand sich als Ringwall oder als Teil eines solchen weiter entwickelt. Histologisch findet sich zunächst ein perivaskuläres Infiltrat in der Kutis, welches später im Zentrum nekrotisiert. Die Zellen desselben sind anfangs lymphozytär, dann epitheloid, wozu sich auch Mast- und Plasmazellen gesellen, Riesenzellen sind selten. Weiter wurden hochgradige Endothelwucherungen an den Gefäßen bemerkt. Das Primäre ist offenbar eine an den Gefäßen angreifende Noxe, die zur Entzündung derselben und zu der des Bindegewebes führt. Durch endarteritischen Gewebsverschluß kommt es zur Nekrose, die durch Neubildung des Bindegewebes ersetzt wird. Je nach dem Stande des Prozesses kann das histologische Bild verschieden ausfallen.

Über die Wasserbettmykose, von Leo Kumer, Hautklin. Wien. S. 12—21. Die Primäreffloreszenz ist ein Bläschen oder eine lebhaft rote Papel. Nach Abstoßung der Blasendecke erscheint der leicht gerötete Untergrund. Die Effloreszenzen stehen meist in Gruppen oder auch in dichtester Anordnung, ohne sich selbst zu vergrößern, während Konfluenz recht häufig ist. Die Effloreszenzen treten an den im Wasser befindlichen Körperteilen, Kniegegend, Brust, Rücken, Bauch, Oberschenkeln, Achselhöhle und an den Händen, besonders in den Interdigitalfalten, Unterseite und Umgebung der Fingernägel, auf. Die Erkrankung bleibt bald auf eine kleine Stelle beschränkt, bald ergreift sie in schubartigen Ausbrüchen einen großen Teil der Körperoberfläche. Manchmal erfolgt Spontanheilung, sicher wirkt teilweise oder völlige Trockenlegung des Patienten. Der in den Schuppen zu findende Pilz ist eine großsporige Soorvarietät. Mit der Wasserbettmykose kann ein papulöses Ekzem verwechselt werden, welches sich an jenen Stellen der Haut entwickelt, die der Wasseroberfläche entsprechen. Beim Ekzem fehlen die Pilze und die Bläschen.

Beiträge zur Anatomie der Haut. VII. Warum kann man die Epithelfasern der Menschenhaut und die Faserung des „Epithels" verschiedener Tiergattungen als mesenchymal („bindegewebig") ansprechen? von W. Friboes, Hautklin. Rostock. S. 22—35. Schon in einer Zeit, in welcher sich die Keimblätter voneinander absondern, tritt zwischen ihnen ein faseriges Netzwerk auf, das durch fadenartig dünngewordene Interzellularbrücken gebildet wird. Aus diesem embryonalen, spongioplastischen Faserwerk entwickeln sich alle Fasersysteme, insonderheit auch die Epithelfasern. Dieselben bilden also einen Teil der fibrillären Stützsubstanzen des Organismus und sind an das Bindegewebe anzugliedern, wobei „Bindegewebe" der indifferente Ausdruck sein soll für das aus dem primitiven System hervorgehende fibrilläre, den ganzen Körper in allen seinen Teilen durchsetzende „verbindende" Gewebe.

Gibt es eine spezifisch dysmenorrhoische Hauterkrankung? von F. Wirz, Hautpoliklin. München. S. 36—47. Die Dermatitis dysmenorrhoica Matzenauer-Polland ist ihrer Form nach identisch mit dem von Renaut (Besnier) aufgestellten Typ der Urticaire gangreneuse und klinisch zur Gruppe der von Chvostek zusammengefaßten multiplen Gangrän zu rechnen. Ätiologisch gehört sie zu den Menstrualexanthemen, und wie diese ist sie als Krankheitsbild unspezifisch. Ihre Entstehung dürfte weniger von der Art der Ätiologie und der Pathogenese als von einer krankhaften, somatisch bedingten individuellen Reaktionseigenschaft des Hautorgans abhängen.

Untersuchungen über nicht venerische Gewebsveränderungen am äußeren Genitale des Weibes. V. Das histologische Bild des Ulcus vulvae acutum, von

Digitized by Google

B. Lipschütz und St. Brünauer, Hautabt. d. Kkh. Wieden und des Allgem. Kkh. Wien. S. 48—58. Das hervorstechendste Merkmal im Gewebsbilde des Ulcus vulvae acutum stellt die Ansammlung der Endzündungsprodukte an den Blutgefäßen dar. Die Lumina sind stark mit Leukozyten gefüllt, die Gefäßwände ödematös, mit Wanderzellen durchsetzt, die bindegewebigen Anteile gewuchert, während die Intima selbst nur geschwollen ist. Offenbar ist der Prozeß die Folge einer die Blutgefäße angreifenden Noxe. Der Bacillus crassus liegt stets in der Oberfläche. Eiter- und Nekroseschicht fehlt dagegen im Infiltrat.

Zur Morphologie der Spirochaeta pallida, von Johann Saphir, Hautklin. München. S. 59—68. Bestätigung der Befunde Meirowskis mit guten Abbildungen über Teilungs-, Anschwellungs- und Konglomerationserscheinungen, ferner von Knospung und Sporenbildung, Ring-, Komma- und Punktformen.

Über rezessiv-geschlechtsgebundene Vererbung bei Hautkrankheiten, von Hermann Werner Siemens, Hautklin. Breslau. S. 69—88. Die geschlechtsabhängige Vererbung ist in der Form der rezessiv (überdeckbaren)-geschlechtsgebundenen schon mehrfach beschrieben. Sie kennzeichnet sich dadurch, daß die betreffenden Leiden bei Männern sehr viel häufiger angetroffen werden als bei Weibern, daß sie sich nie vom Vater auf den Sohn, dagegen besonders häufig vom Vater über die gesunde Tochter auf den Enkel vererben, so daß die genealogische Verbindung ausschließlich durch äußerlich gesunde Frauen hergestellt wird. Angeführt werden Anidroses, bullöse Dystrophien, Keratosen, Hypotrichosen und Albinismus localis. Für die geschlechtsbegrenzte Vererbung werden, soweit sie das männliche Geschlecht betreffen, die Lambertsche Keratose und die Alopecia pityrodes angeführt. Begrenzung auf das weibliche Geschlecht scheint ein Fall von Keratosis palmaris et plantaris von Ballantyne zu zeigen.

Untersuchungen über die Sedimentierungsgeschwindigkeit des menschlichen Blutes unter besonderer Berücksichtigung des Blutes von Syphilitikern, von W. Schönfeld, Hautklin. Greifswald. S. 88—98. Die Blutkörperchen des Frauenblutes senken sich schneller als die des Männerblutes. Besonders ist die zweite Hälfte der Schwangerschaft durch eine hohe Senkungsgeschwindigkeit ausgezeichnet. Das Blut von Syphilitikern zeigt gegenüber dem normalen keine Unterschiede. Ein und dasselbe Blut kann an verschiedenen Tagen größere Unterschiede aufweisen. Die Ursache dieser Erscheinung ist noch nicht geklärt.

Lupus erythematodes und Tuberkulose, von C. Kreibich. S. 99—101. In 3 Fällen von Lupus erythematodes fanden sich Lymphome hinter dem Kopfnicker, in der Achselhöhle und am Hilus. Die Untersuchung einer Drüse ergibt banale Entzündung, keinen tuberkulösen Aufbau. Bestrahlungen der kranken Drüsen mit Höhensonne oder mit Röntgen lösten Reaktionen an den Hautherden aus, ebenso Tuberkulininjektionen. Demnach bestehen gewisse Beziehungen zwischen der Hauterkrankung und den Drüsen, deren Natur noch festzustellen ist.

Ein letztes Wort gegen Krompechers Ableitung von Schweißdrüsengeschwülsten von der fertigen Epidermis (vgl. d. Archiv, 1921, Bd. 128), von G. Ricker-Magdeburg. S. 102—104. Ricker bestreitet, daß die fertige Epidermis schweißdrüsenähnliche Schläuche zu bilden vermag, und hält demnach alle Tumoren von derartigem Baue für Abkömmlinge der Schweißdrüsen.

Schlußwort zu den Bemerkungen Rickers, von E. Krompecher-Budapest, S. 105—106. Krompecher hält es für erwiesen, daß die Mehrzahl der adenoiden Epitheliome von den Basalzellen der Haut oder Schleimhaut ausgehen (Basaliome).

Zur Frage der Leberschädigung bei Lues und Salvarsantherapie, von Arnold Kirch und Jacob Freundlich, Haut- und Innere Abt. Wilhelminenspital Wien. S. 107—110. Die im Anschluß an Salvarsan auftretenden Leberschädigungen sind Urobilinurie, Icterus catarrhalis und akute gelbe Leberatrophie. Die Wirkung des Salvarsans kann direkt oder indirekt sein (Spirochätozidie, Erythrozytenzerfall). Momente individueller Veranlagung oder der Ernährung treten hinzu. In therapeutischer Hinsicht ist bei ausgesprochener Leberveränderung die Dosierung des Salvarsans zu beschränken.

Über Lichen obtusus, von A. Büeler, Hautklin. Kiel. S. 117—124. In dem mitgeteilten Falle fanden sich 3 Effloreszenzen in der linken Klavikulargegend, die derb, glatt, wachsartig, hellbraun und mit stecknadelkopfgroßer rotbrauner Borke bedeckt sind. Histologisch: Hyperkeratose und Granulose mit dichter Infiltration der Papillar- und Subpapillarschicht und scharfer unterer Grenzlinie. Eigentümlich war das Vorhandensein einer Schuppenborke. Der Lichen obtusus ist eine Abart des Lichen planus, dem er auch histologisch gleicht, er unterscheidet sich von ihm durch seine halbkugelige

Digitized by Google

nicht zur Konfluenz führende Form. Große Ähnlichkeit besteht mit dem Lichen verrucosus, der nur eine rauhere Oberfläche und histologisch einen warzenähnlichen Bau besitzt. Weiter kommt in Betracht der Lichen obtusus corné der Franzosen, identisch mit der Urticaria perstans pap.; ein derartiger Fall, der auf intravenöse Arseninjektionen in Verbindung mit Röntgen günstig reagierte, wird mitgeteilt. Die Knötchen dieser Affektion unterscheiden sich durch weichere Konsistenz und echte Schuppenbildung, histologisch durch ungleiche Infiltrationen, die auch Plasmazellen enthalten. Außerdem kommen in Betracht die Papeln der Prurigo Hebrae ferox und der Dermatitis lichenoides, Neisser, (Neurodermitis chronica circumscripta, Brocq, Lichen simplex chronicus, Vidal). Beide unterscheiden sich durch die Verteilung und Stellung ihrer Effloreszenzen sowie histologisch durch eine nur perivaskulär angeordnete Infiltration.

Die intradermale Trichophytinreaktion beim Kinde, von Walter Arnold, Kinderklin. Köln. S. 125—134. Das Trichophytin (Höchst) besitzt eine spezifische und eine unspezifische Wirkung. Der Unterschied bei Pilzkranken und Gesunden ist nur quantitativ in bezug auf die Konzentration des Impfstoffes. Die Schwelle dieser Konzentration liegt für Kinder bei $^1/_{50}$—$^1/_{100}$. Favus und Mikrosporie reagieren ebenfalls, nur in geringerem Grade. Da Intensität und zeitlicher Ablauf keinen Unterschied bilden bei der spezifischen und unspezifischen Reaktion, bei Trichophytin $^1/_{100}$, kein Gesunder, und nur 58% Trichophytiker reagieren, ist der diagnostische Wert beschränkt. Ein Einfluß des Alters war nicht festzustellen. Fieberhafte Erkrankungen löschen die spezifische Reaktion aus, bei niederer Konzentration vollständig, bei höherer bewirken sie Abschwächung. Analog verhält sich die Karbolsäurereaktion, die Reaktion mit Aqua dest. und hypertonischer Kochsalzlösung. Auch die Reaktion, die durch größeres intradermales Trauma bei Injektion von 0,2 ccm Flüssigkeit entsteht, folgt dieser Regel. Kachexie mit verminderten Turgor setzt alle diese Reaktionen herab oder löscht sie vollständig aus. Tägliche intrakutane Injektionen bewirken einen Abfall der Reaktionsgröße. Trichophytin ist weniger spezifisch als Tuberkulin, indem bei ihm die toxische Wirkung und eine größere Abhängigkeit von der Hautbeschaffenheit zur Geltung kommt, aber spezifischer als die ganz unspezifischen Bakterientoxine, wie Typhus usw.

Über die Resultate der kombinierten Salvarsan-Quecksilberbehandlung bei Syphilis, von B. Pontoppidan, Hautklin. u. Rudolf-Berghs-Hospital Kopenhagen. S. 135 bis 148. Das Material der Arbeit bilden Patienten, die in den Jahren 1910—1915 behandelt und 1917—1919 einer Nachuntersuchung unterzogen wurden. Das Resultat derselben war etwas ungünstiger als bei früheren Beobachtern, Scholtz und Gennerich. Fälle mit Primärinduration bei negativer WR zeigen ein Rezidivprozent von 12, solche bei positiver WR von 22, sämtliche Fälle von primärer Syphilis 15%, Fälle mit frischer Sekundärlues 25%, Rezidivformen, unbehandelte 31%, behandelte 38%, Fälle mit Tertiärlues 24%, und schließlich solche mit kongenitaler Lues 33% Rezidive. Außerdem ergibt sich, daß sowohl die rezidivfreien als die rezidivierten Fälle ihr Maximum innerhalb derselben Dosierung haben; so daß wohl Patient und Krankheit eine größere Rolle spielen, als die verhältnismäßig kleinen Unterschiede der Dosierung.

H. Vörner-Leipzig.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1921, Band 62, Heft 4.

Beitrag zur Kenntnis der Melkerknoten und der Kuhpockenerkrankung beim Menschen (Contributo alla conoscenza dei noduli vaccinali dell' uomo e dell' aftaepizootica umana), von Giuseppe Mariani-Pavia. Die klinischen und mikroskopischen Untersuchungen Marianis betreffen 18 Fälle (italienische Soldaten, welche in einem Stalle beschäftigt waren, in welchem die Kuhpocken herrschten).

Untersuchungen über Besonderheiten und Störungen der Verhornung in den hauptsächlichen Krankheitszuständen der menschlichen Haut (Ricerche sulle anomalie e le alterazioni del processo della cornificazione nei principali stati morbosi della cute umana), von Leonardo Martinotti. Die mikroskopische Untersuchung eines Falles von Parakeratose ergab umschriebene Atrophie des Zentrums mit Aushöhlung des Corpus Malpighi; diese wird von einem hypertrophischen Stratum lucidum ausgefüllt. Von ihm geht ein Zapfen aus, der sich über die umgebende Haut erhebt. Er besteht aus Paraleidinlamellen, die wie Näpfchen übereinander gelagert sind. In der Nachbar-

Digitized by Google

schaft Hypertrophie des Stratum lucidum. — In einem Falle von Angiokeratom wird als hauptsächlichste Reaktion der Epidermis gegen die Gefäßerweiterung eine Hyperproduktion fädig angeordneten Keratins an den Stellen des Gefäßmangels und eine Vermehrung des Eleidins an den Druckstellen gefunden. In der Nachbarschaft waren Infiltrationsherde und kleine Gefäßknäuel; die Epidermis zeigte da Hornschichtverdickung; gegen das eigentliche Angiokeratom hin nahm die Dicke zu und gleichzeitig wird die Hornschicht fädig. — In einem Falle von Psorospermosis war die Produktion von Keratohyalin geschädigt; dafür bestand eine Hyperparaeleidosis.

Die Lepra. Pathologisch-anatomische Untersuchungen und pathologisch-anatomische Betrachtungen (La lepra. Ricerche anatomo-pathologiche e considerazioni anatomo-cliniche), von Alberto Serra-Cagliari. Fortsetzung folgt.

Über die Katzenkrätze beim Menschen (A proposito dell' acariasi felina nell' uomo), von V. Barbaglia-Messina. Eine Polemik gegen die Franzosen Thibierge und Stiassnie. Der Verf. hält diesen gegenüber aufrecht, daß er das Weibchen der Krätzemilbe der Katze in den obersten Hautschichten des Menschen gefunden habe und daß also keine Rede davon sein könne, daß die gefundenen Parasiten nur von der Übertragung her auf der Hautoberfläche zurückgebliebene reagierende Epizooten gewesen wären.

Über ein neues Arsenobenzol, das Sulfarsenol (Su di un nuovo arsenobenzolo il Sulfarsenol), von Goffredo del Vivo-Genua. Das Lehnhoff-Wildsche Sulfarsenol ist dioxydiamidomonomethylsulfosaures Natrium. Es hat die physikalischen Eigenschaften der anderen Salvarsanverbindungen, soll aber kaum zersetzlich sein. Injektionen ins Unterhautbindegewebe sind nur vorübergehend lebhaft schmerzhaft und nicht von entzündlicher Reaktion gefolgt. Das hat seinen großen Wert dort, wo man nicht anderweit behandeln kann. Die Allgemeinbekömmlichkeit ist gut, war in 2 Fällen besser als diejenige anderer vorhergegebener Salvarsanpräparate. Die Schanker gingen in der Regel nach 0,06—0,09 innerhalb 8 Tagen zurück; bezüglich der Sekretionen, der Spirochäten und der Serumreaktion soll es den anderen Salvarsanpräparaten nicht nachstehen, was aber eigentlich aus der Arbeit nicht recht erhellt.

Über das serpiginöse Geschwür venerischen Ursprungs. Klinische und histobakteriologische Untersuchungen (Sull' ulcera serpiginosa di origine venerea. Ricerche cliniche ed isto-batteriologiche), von Francesco Fosani-Volarelli-Siena. Das serpiginöse venerische Geschwür entsteht nicht durch ein Weiterdringen des Streptobazillus, wenn auch dieser dabei gefunden werden kann, sondern durch eine Sekundärinfektion mit Staphylokokken und Streptokokken, welche man fast ausschließlich findet. Damit erledigt sich auch die Donaghsche Theorie, daß der Streptobazillus dann die chronisch-serpiginösen Formen erzeuge, wenn er interzellulär auftrete. Die Krankheit ist heute so selten geworden, weil die energische Behandlung des Ulcus molle die Sekundärinfektion verhindert.

Über einen Todesfall nach Einspritzung von Neosalvarsan (Di un caso di morte dovuto ad un' injezione di Neosalvarsan), von Nicles Caluzzi-Pola. Tod nach der zweiten Neosalvarsaninjektion unter den klinischen und pathologisch-anatomischen Erscheinungen der Encephalitis haemorrhagica. Gleichzeitig hohes Fieber. Es war auch Kalomel injiziert worden.

Heft 5.

Zwei Fälle diabetischer Hauterkrankung von papulo-nekrotischem Typus (Due casi di diabetide a tipo papulo-necrotico), von Lodovico Tommasi-Florenz. 1. Fall: 72jährige Frau. Sitz der Krankheit die unteren Extremitäten, besonders die Unterschenkel. Spärliche isolierte und gruppierte, zum Teil auch in durch Kratzen hervorgerufenen Strichen angeordnete follikuläre Knötchen von Hanfkorn- bis Erbsengröße, rot, manchmal mit rotem Hof mit weißlichen Hornkegeln an der Spitze, unter welchen sich nur selten Flüssigkeit findet. Abheilung mit Abschilferung, Pigmentbildung und Atrophie der Haut. Höchstentwicklung innerhalb 15—20 Tagen. Nach 30 Tagen waren sie verschwunden. Mikroskopisch: Akanthosis, Hyperkeratosis, Parakeratosis, das Stratum granulosum verschwunden. Die in verdickte Reteschichten eingelagerten Zapfen von parakeratotischen Zellhaufen, die mit dem Stratum corneum zusammenhängen, enthalten hier und dort durch Abblätterung entstandene Lücken, welche gelegentlich Leukozyten einschließen. Wahrscheinlich, aber nicht nachweisbar, Entwicklung von den Haarfollikeln aus. In der Kutis: Ödem der Bindegewebszellen, geringe Vermehrung dieser und Infiltration mit leukozytären und lymphozytären Elementen, besonders in den oberen Schichten. Ähnliches um die Gefäße und Talgdrüsen. Innerhalb der Papel Verzerrung,

Digitized by Google

Verdünnung und Verminderung der elastischen Fasern, in der Umgebung verdickt und admassiert. Bakteriologische Untersuchung negativ. Abheilung der Hauteffloreszenz nach Einleitung der antidiabetischen Behandlung. 2. Fall: 68jährige Frau. Sitz des Leidens an der Gesäßbacke, Schenkel und Unterschenkel des linken Beines. Mikroskopisch: Es handelt sich um ein älteres Knötchen. Daher überall die Zeichen des Rückganges, mit Ausnahme der elastischen Fasern. Sonst alles wie bei Fall 1. Es handelte sich also beidemal um eine auf dem Boden der diabetischen Intoxikation ohne Vermittlung bakterieller Schädigungen entstandene spezifische Hauterkrankung, wobei möglicherweise das Nervensystem eine fördernde Rolle spielte.

Beitrag zum Studium der Hautveränderungen bei chronischer lymphatischer Leukämie (Contributo allo studio delle manifestazionè cutanee nella leucemia linfoide cronica), von Giuseppe Bartaccini-Genua. Klinische und mikroskopische Schilderung eines einschlägigen Falles.

Beitrag zum biologischen Studium der Zerebrospinalflüssigkeit im Verlaufe der Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung der Reaktion, Ausfällung des Benzonkolloids, für die Diagnose der Nervensyphilis (Contributo allo studio biologico del liquido cefalorachidiano nel corso della sifilide, con speciale riguardo alla reazione di precipitazione del benzoino colloidale per la diagnosi di sifilide nervosa), von Rodolfo Porcelli-Pisa. Eine vorläufige Mitteilung über Technik und Erfolge dieser Methode. Sie hat sich bei den verschiedenen Formen von Syphilis des Zentralnervensystems als ausgezeichnetes und bequemes Ergänzungshilfsmittel für die anderen Prüfungsmethoden der Zerebrospinalflüssigkeit bewährt. Es zeigt die Entwicklung solcher Leiden schon vor ihrem klinischen Sichtbarwerden an. Bei nichtsyphilitischen Entzündungen der Hüllen von Hirn und Rückenmark ist sie negativ, ebenso bei Syphilis, die diese Organe nicht ergreift. Versager kommen vor.

Die Methode Hecht und die Reaktion von Sachs-Georgi im Vergleich zum Original-Wassermann in der Diagnose der Syphilis (Il metodo di Hecht e la reazione di Sachs-Georgi in confronto alla Wassermann originale nella diagnosi della sifilide), von Alessandro Radaeli-Genua. Untersuchungsmaterial: 204 Individuen. Die Hecht'sche Methode deckt sich in 90% in den Ergebnissen mit der Wassermannschen. Besonders bei latenter Syphilis und solcher mit spärlichen Erscheinungen ist die erstere gelegentlich positiv, die letztere negativ; ganz selten ist das Umgekehrte der Fall. Hecht kann bei sicher nichtsyphilitischen Individuen einen positiven Ausschlag geben, wo Wassermann richtig anzeigt. Sie ist daher von Wert zur Ergänzung letzterer Methode. Sachs-Georgi deckt sich in 90% mit Wassermann, besonders bei florider Syphilis. Bei latenter Syphilis ist SGR weniger empfindlich; letzterer gibt leichter unrichtige Resultate bei Nichtsyphilitikern. Diese Methode hat den Vorteil einfacherer Technik; doch ist die Herstellung des Antigens schwierig. Sie dient gut zur Kontrolle der WR und ist für den Praktiker ein diagnostisches Hilfsmittel, wenn er sich nur erinnert, daß weder ihr positiver, noch ihr negativer Ausfall für sich allein schon entscheidet.

Beitrag zur Kenntnis der experimentellen Kaninchensyphilis (Contributo allo studio della sifilide sperimentale nel coniglio), von V. Barbaglia-Messina. Bei einem Kaninchen entstanden 2 Jahre nach dem Verschwinden des Impfschankers Keratitis parenchymatosa, Rachitis und Hautgummen, welche Schankerrezidive, indurierte Pseudoschanker gewesen sein dürften.

Die Lepra. Pathologisch-anatomische Untersuchungen und anatomisch-klinische Betrachtungen (La lepra. Ricerche anatomo-pathologiche e considerazioni anatomo-cliniche), von Albert Serra-Cagliari. Ausführliche Krankheitsgeschichte, Sektionsbericht und Resultat der bakteriologischen und mikroskopischen Untersuchung von 4 Fällen, zum Teil der knotigen, zum Teil der nervösen, zum Teil der gemischten Form. In den anschließenden Betrachtungen stellt Verf. folgendes auf: Der Leprabazillus findet sich auf der Nasenschleimhaut derjenigen, die sich mit der Pflege Aussatzkranker beschäftigen (auch bei Serra selbst), als unschädlicher Bewohner. Seine Eingangspforte in den Körper ist der lymphatische Apparat am Halseingang, besonders die Mandeln. Die Tierversuche haben nur ergeben, daß der Bazillus endovenös und endoperitoneal beigebracht nicht haftet. In Analogie mit Versuchen mit einem säurefesten Bazillus, der bei Ratten leprähnliche Krankheitserscheinungen macht, kann man schließen, daß der Leprabazillus für sein Eindringen eine verletzte Hautstelle verlangt, daß dann aber die Weiterverschleppung das Hinzukommen von Sekundärinfektionen (mit Staphylo- oder Streptokokken) erfordert. Die klinischen Beobachtungen vertragen sich

Digitized by Google

zum Teil nicht mit der Annahme eines primären Befallenseins der Nase. Wenn auch dieser Weg nicht völlig ausgeschlossen ist, so kommt doch wahrscheinlich dem Einzug durch die Tonsillen oder durch Hautwunden eine weit größere Bedeutung zu. Obwohl man den Parasiten in den Organen von Stechfliegen und anderen Blutsaugern gefunden hat, ist damit doch nicht bewiesen, daß diese Tiere dann die Lepra übertragen können. Dagegen ist Serra sehr geneigt, dem Demodex eine Rolle als Überträger zuzusprechen. Es ist wahrscheinlich, daß in Gegenden, wo die Leute mit nackten Füßen gehen, der Keim an diesen Stellen eingepflanzt wird. Zu dem infektiösen Agens muß dann die Empfänglichkeit des Individuums kommen. Möglicherweise kann auch die Virulenz des Bazillus abnehmen. Einst war der Aussatz in Indien und Europa eine weit mehr gefürchtete Krankheit. Das Beispiel der Sandwich-Inseln beweist, daß der Bazillus, wenn er auf eine nicht immunisierte Bevölkerung trifft, die alte Giftigkeit wieder annehmen kann. In der Lunge kann sich die Lepra mit Tuberkulose vergesellschaften. Die Lepra der Lungen kann in sehr verschiedenen Formen auftreten. Serra konnte in einem Falle als Neues eine Bronchoalveolitis chronica nodosa feststellen. Die akuten leprösen Affektionen enthalten eine bedeutende Ansteckungsgefahr. Die Lunge wird in der Regel wohl auf dem Lymphwege, und zwar von den Hilusgefäßen aus ergriffen, wenn auch ein Überwandern von Achseldrüsen nicht ausgeschlossen ist. (Seltener dürfte eine Infektion auf dem Blutwege entstehen, da der Sauerstoffgehalt des Blutes den Bazillen abträglich ist.) Entzündliche Prozesse und damit einhergehende Zirkulationsstörungen dürften, dank der Sauerstoffverarmung der Gewebe, die Verbreitung des Bazillus begünstigen. Auch das Herz hat Serra spezifisch erkrankt gefunden und schließt aus seinem Material, daß dieses sehr häufig und bald der Fall ist. An den Gefäßen konnte Serra spezifische Prozesse feststellen, besonders an der Adventitia der Aorta. Sie beginnen an den Vasa vasorum. Chronischer Milztumor ist regelmäßig zu finden. Die Milz wehrt sich (Blutreichtum, Phagozytose, Bakteriolyse) gegen die eindringenden Bazillen, was aus ihrem geringen Bakterienreichtum erhellt, trotzdem erliegt sie den wiederholten Bakteriämien. Die Lymphdrüsen können sich schwerer und länger erkrankt erweisen als die anderen Organe. Der Bazillengehalt ist verschieden. Das Knochenmark ist häufig erkrankt; aber die Bazillen finden keinen günstigen Nährboden, was mit dem Reichtum an sauerstoffhaltigem Blut zusammenhängt. Die Bazillen fanden sich vor allem in Ulna und Radius, seltener im Femur, nie in den Rippen. Der Pharynx kann von Nase und Mund aus erkranken. Die Speiseröhre wurde von Serra nie erkrankt gefunden. Während die übrige Literatur sich über Magenlepra ausschweigt, konnte Serra diese zweimal konstatieren. Die Leprome befanden sich in der Schleimhaut und an der großen Kurvatur. Es ist anzunehmen, daß es sich um alimentäre Infektion handelte. Der Darm wird wohl deshalb seltener ergriffen, weil die verschluckten Bazillen im Magen geschädigt werden. Die Leber zeigt ein buntes Bild: Alle möglichen irritativen und degenerativen Prozesse am Parenchym, akute und chronische, infiltrierende und proliferierende Veränderungen des Bindegewebes. In den Fällen Serras überwogen die mit Leprombildung einhergehenden Wucherungen des periportalen Gewebes. Die Bindegewebswucherungen drangen auch zerstörend in die Azini ein. Ob an den Degenerationsprozessen der Bazillus immer direkt die Schuld trägt, ist fraglich; für die häufige amyloide Entartung ist es aber sicher. Die ersten leprösen Veränderungen zeigen sich um die Blutgefäße. Es ist wohl der Glykogengehalt der Leber, welcher den Bazillen günstige Lebensbedingungen schafft, was auch hier wieder in dem reichen Bazillengehalt zum Ausdruck kam. Die lepröse Zirrhose hat nicht den Typus der Laennecschen. Die von anderen Autoren beschriebene vorzugsweise Lokalisierung der leprösen Wucherungen um die Gallenwege konnte Serra nicht bestätigen. Von der gewöhnlichen Zirrhose unterscheidet sich die lepröse durch ihren raschen Verlauf. Die Untersuchungen des Pankreas haben keine unzweifelhaften Resultate ergeben. An den Nieren fand Serra Verdickung und Festhalten der Kapsel dank knotiger Bindegewebswucherung und regressiver Veränderung der Nierengefäße infolge Endarteriitis. Die Nierenoberfläche war daher granuliert. In den Knötchen waren Leprazellen, Riesenzellen und Leprabazillen. Die Knötchen gingen durch Rinde und Mark, wo mehr kleinzellige Infiltrate auftraten. Die Nieren scheiden Bazillen und Toxine aus. Sie werden daher von beiden geschädigt und es kommt zur Bazillenausscheidung in den Urin. Die Bazillen gelangen mit dem Blutstrom in die Niere. Die stärker ausgebreiteten Granulome müssen sich wegen der hier günstigeren Lebensbedingungen (Sauerstoffmangel) an der Oberfläche finden. Auch wenn in vita nichts gefunden worden, kann man bei der Obduktion schwere Nierenerkrankung konstatieren. Über die Ovarien bringen die Untersuchungen Serras nichts

Digitized by Google

Entscheidendes. Eigentliche lepröse Veränderungen wurden auch am Uterus (2 Fälle) nicht gefunden. Die Gebärmutter scheidet bei der Menstruation Bazillen aus (Befund Serra). Eine Übertragung vom Mutterkuchen auf das Kind scheint möglich zu sein. (Lepra eines Kindes, bei dessen Mutter im Puerperium [Trauma!] die Lepra ausgebrochen war.) Aber der Bazillus siedelt sich offenbar in der Gebärmutter schwer an. Die Befunde an den Hoden ergaben nichts Neues. Nach den Beobachtungen Serras wird die Lepra durch das Ei und gewöhnlich auch von seiten des mütterlichen Gebärapparates nicht auf den Fötus übertragen. Dagegen kommen Totgeburten und Geburten lebensschwacher Kinder häufig vor, weil der Keim des geschwächten Ovariums schwach ist. Es ist kaum anzunehmen, daß der Bazillus an das Ovulum gelangt oder von demselben transportiert wird. In der Schwangerschaft kann dagegen der Bazillus auf verschiedenen Wegen auf die Frucht übergehen. Je nach der Kraft der Embryonalzellen wird er nun da getötet oder geschwächt oder er siegt. S. kann eine spermatische Übertragung der Lepra nicht ausschließen, hält sie aber für eine Ausnahme. (Annahme einer mütterlichen Immunität gegen die Lepra! Kampf der embryonalen Zellen gegen den zerbrechlichen Leprabazillus!) Die konstant zu beobachtenden Veränderungen an den Hoden zeigen Verkümmerung derselben, die (theoretische) Möglichkeit der spermatischen Infektion des Ovulums, die Schwächung der Samenzellen, daher die Erzeugung schwächlicher Kinder und den reduzierenden Rückeinfluß auf den Kranken selbst an. Der Bazillus kommt in die Hoden wohl auf dem Blutwege. Der Hoden dürfte ein Ausscheidungsorgan für die Bazillen darstellen. — Die Untersuchung des Gehirns und Rückenmarks ergab nichts Neues. Bei letzterem wurden keine Bazillen gefunden. Am peripheren Nerven wurden im Gegensatz zur Behauptung Campanas genügend spezifische Veränderungen festgestellt, die makroskopisch nicht sichtbar waren. Der Krankheitsprozeß beginnt am Endoneurium, vergesellschaftet sich aber dann mit perineuritischen Wucherungen und mit spezifisch leprösen Bildungen. Die Folge ist Zugrundegehen der Achsenzylinder und Substituierung der Nerven durch Bindegewebe. Es erkranken zuerst die peripheren Nerven; das Zentralnervensystem scheint keinen günstigen Nährboden abzugeben; die hier beobachteten Veränderungen sind mehr Toxinfolge oder retrograde Degenerationen. In sehr vielen Fällen erfolgt wohl die Infektion mit Lepra von der Haut her, indem zuerst die peripheren Verzweigungen ergriffen werden und der Bazillus dann im Nerven zentralwärts weiter wandert. Nur so lassen sich die ausschließlich trophischen und anästhetischen Formen erklären. — Das Muskelsystem erkrankt nach Serras Untersuchungen nicht durch den leprösen Prozeß selbst, sondern degeneriert sekundär durch die Zerstörung der zugehörigen Nerven. Die Knochen zeigen, wenigstens in den hier vorliegenden Fällen, vor allem regressive Veränderungen, die im wesentlichen die Folge der Zerstörung trophischer Nerven sind. — Das Auge erkrankt durch Übergreifen des Prozesses von der benachbarten Haut. Die ersten Erscheinungen sind immer im vorderen Teil des Auges, und zwar im oberen äußeren Quadranten, wo die Schädigungen leichter stattfinden können. Die Haut: Den Erythemen liegt eine toxische Basis zugrunde. Sie sind der Ausdruck einer Anaphylaxie. Das anatomische Substrat dieser entwickelten Allergiezustände sind irritative Vorgänge, welche sich zu Exsudationen und Knotenbildungen steigern können. In diesen Infiltrationsherden, die man auch in scheinbar gesunder Haut findet, dürften die Lokalherde für die Erzeugung der Antigene gegeben sein. — Die Knotenbildung beginnt in verschiedener Höhe der Haut. Das Knötchen tritt zuerst um die Blutgefäße auf und besteht aus Infiltrations- und proliferierenden Bindegewebszellen. Der Gehalt an Plasmazellen schwankt. Eigentliche Riesenzellen fehlen. Zahlreiche gleichmäßig sich färbende Bazillen, gern in rundlichen Haufen in den Vakuolen der Leprazellen und zwischen ihnen, auch einzeln und in Bündeln. In einem späteren Stadium nehmen die Epitheloidzellen, die Einwicklung der kleinen Gefäße, die Größe der Leprazellen zu und treten richtige Riesenzellen auf. In den Bakterien Auftreten heller Räume. In den alten Knoten weitere Zunahme der epitheloiden Zellen, aus welchen sich spindelförmige Zellen entwickeln, bindegewebige Umwandlung, spärliche Plasmazellen, zunehmender Gefäßverschluß, Abnahme der Lepra- und Riesenzellen, der Bazillen und ihrer Färbbarkeit. — Der Krankheitsprozeß beginnt um die kleinsten Gefäße. Kommt die Infektion von der Haut, dann erkranken die feinsten Venenendungen, kommt er vom Blut, die feinsten Arterien. Das weitere Fortschreiten erfolgt immer im Bindegewebe bzw. in den Lymphräumen. Die Virchowschen Zellen können sich aus den fixen Bindegewebszellen, den Endothelien und den Mastzellen entwickeln. Durch Ansammlung der Bazillen in den Leprazellen (die Regel!), Auftreibung derselben, Vordringen und Verschwinden der Kerne entsteht

Digitized by Google

der Eindruck von bazillengefüllten Lymphräumen. Den Mastzellen kommt zwar keine spezifische Bedeutung zu, doch scheinen sie ein Reaktionsprodukt zu sein. Die nicht sehr reichlichen Riesenzellen ähneln mehr den Fremdkörper- als den tuberkulösen Riesenzellen. Die vakuoläre Degeneration unterscheidet sich qualitativ nicht von anderweitiger vakuolärer, aber ihre Häufigkeit ist charakteristisch. Ursache ist der zersetzende Einfluß des Bazillus. Später treten in den Leprazellen Fetttröpfchen auf. — Das Auftreten von Blasen kann den Übergang der knotigen Form in die Nervenform andeuten. Es pflegt mit allgemeinen und speziellen Nervensymptomen verbunden zu sein. Ihr Sitz ist in oder unter der Epidermis. Unter schweren Allgemeinerscheinungen tritt (selten) bei den gemischten Lepraformen der Pemphigus escharoticus auf; der Untergrund der blutigen Blase wandelt sich in ein Geschwür um; er enthält massenhaft Leukozyten, Fibrin und Blut und auch Bazillen, freie wie eingeschlossene. In den Blasen aller Art finden sich keine anderen Bakterien. Die Blasenbildung ist als allergische Reaktion auf örtliche Toxineinwirkung bei Schädigung der trophischen Nerven aufzufassen und entspricht dem Erythem der nicht anästhetischen Form. — Die farblosen und überfärbigen Flecken sind durch eine allgemeine Atrophie der Epidermis und des Koriums bedingt und zurückzuführen auf örtliche Toxinwirkung der Leprabazillen.

A. v. Notthafft-München.

Réunion Dermatologique de Strasbourg.

Sitzung vom 10. Juli 1921.

Louis Géry: **Typisches Adenoma sebaceum** (Epithélioma sébacé typique). Außer eben beginnendem Adenoma sebaceum am behaarten Kopfe wurde noch ein an der Nase sitzendes noch kleineres typisches Spindelzellen-Epitheliom entfernt.

L. M. Pautrier: **Lichen obtusus corneus, abnorme Form von Lichenifikation** (Lichen obtusus corné; forme anormale de lichénification). Die seit 32 Jahren bestehende Erkrankung nimmt fast den ganzen Körper mit Ausnahme des behaarten Kopfes ein. Sie hat mit Lichen planus Wilson nichts zu tun, muß vielmehr als eine anormale Form von Lichenifikation aufgefaßt werden. Dafür spricht das Fehlen von Lichen planus-Effloreszenzen, der präeruptive Pruritus, das andauernde, in 3—4 mal täglich auftretenden Attacken sich wiederholende Jucken, die Differenz des histologischen Bildes (beträchtliche Hyperkeratose, ansehnliche Hyperakanthose und reichliche, abgerundete, unregelmäßig in der deutlich sklerosierten Kutis zerstreute Infiltratknötchen).

M. Hügel: **Fall von Adenoma sebaceum, Typus Pringle** (Un cas d'adénomes sébacés type Pringle). Zahlreiche Tumoren von der Größe eines Miliums bis zu der einer kleinen Erbse auf den Wangen, Nasolabialfalten, Nase, Kinn.

Mandel: **Urticaria pigmentosa** (Urticaire pigmentaire). Hinweis auf die Gefahr der Verwechslung mit sekundärer Syphilis.

L. M. Pautrier und Zimmerlin: **Durch antisyphilitische Behandlung geheiltes subkutanes Sarkoid bei einem Syphilitiker mit multiplen Gummen** (Sarcoide hypodermique, guérie par le traitement antisyphilitique, chez un spécifique présentant des gommes multiples). Der Fall dient zur Illustrierung der schon früher vertretenen Anschauung, daß bei der Ätiologie der Sarkoide verschiedene Beziehungen, teils zur Tuberkulose, teils zur Syphilis bestehen (!). Völliges Schwinden unter kombinierter Behandlung.

E. Levin-Berlin.

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

Bd. 8, H. 1/2.

Pyelographie zum Zwecke der Lagebestimmung kleinster Konkremente innerhalb der Niere, von Viktor Blum-Wien. S. 1. Verf. weist darauf hin, daß sehr häufig bei einer Eröffnung des Nierenbeckens, ja selbst bei Eröffnung des ganzen Beckens durch Spaltung der Niere mittels des Sektionsschnittes kleine Konkremente nicht gefunden werden. Hier leistet die Pyelographie, wie Verf. an 2 selbstbeobachteten Fällen zeigt, unschätzbare Dienste, da man schon so vor dem Röntgenbild bestimmen kann, in welcher Tasche des Nierenbeckens der Stein liegt, so daß eine ganz kleine Inzision in das Parenchym der Niere genügt, um den Stein zu extrahieren.

Digitized by Google

Die anatomischen Folgen der perinealen Prostatektomie nach Wildbolz, von R. Jent-Bern. S. 6. Der Unterschied der perinealen Prostatektomie nach Wildbolz von der sonst üblichen ist, daß Wildbolz prinzipiell den hintersten Teil der Harnröhre reseziert und dann die vom Sphinkter internus umgebene Blasenmündung mit dem verbliebenen vorderen Stück der prostatischen Harnröhre durch Katgutnähte vereinigt. Was die postoperative Topographie anbelangt, so enukleiert man bei der transvesikalen Prostatektomie die adenomatöse Wucherung und die paraurethralen, unter der Mukosa der prostatischen Harnröhre sitzenden Drüsen, während man die gesunde Randzone der Prostata meist wenig verletzte. Da der perinealen Prostatektomie der Vorwurf gemacht wurde, sie zerstöre das gesunde Prostatagewebe und hinterlasse stets am Blasenboden Reste adenomatöser Wucherungen, so hat Verf. 3 Fälle in dieser Richtung untersucht und stets ein Intaktsein des Colliculus seminalis und der Duktus gefunden. Die adenomatösen Wucherungen waren völlig entfernt und die gesunden Randpartien nie hochgradiger verletzt. Der Sphincter internus war von normaler Beschaffenheit und weniger verletzt als bei der transvesikalen Prostatektomie. Nie konnten Falten, die den Harnabfluß behinderten, beobachtet werden; die Blase ging trichterförmig in die Harnröhre über.

Über die Dauererfolge der Nephrektomie wegen Nierentuberkulose, von Wildbolz-Bern. S. 17. Verf. hat 445 wegen Nierentuberkulose nephrektomierte Pat. Bei 416 liegt die Operation länger als 1 Jahr zurück. Von 317 Nachuntersuchten waren 195 = 61,5% geheilt; 28 = 8,7% ungeheilt, lebten noch, und 94 = 29,9% verstorben. Von den 125 der ersterwähnten Serie, deren Operationen 10—15 Jahre zurückliegen, waren von 104 bis jetzt beobachteten Pat. 58—55,7% vollkommen geheilt, 4 waren im Anschluß an die Operation gestorben, 5 starben nach Heilung der Tuberkulose an intermittierenden Krankheiten; 14 starben an Urogenitaltuberkulose, meist an Erkrankung der anderen Niere, 13 an Phthise, 6 an Meningitis, und zwar immer im Verlauf der ersten 2 Jahre, 1 an tuberkulöser Peritonitis, 1 an Spondylitis. Von den 21 nicht bis heute Beobachteten waren 15 geheilt, so daß in allen Statistiken die Heilungsziffer der Dauergeheilten $^3/_5$ beträgt. Nach seinen Erfahrungen glaubt Verf. annehmen zu können, daß sich das Schicksal des Pat. innerhalb der ersten 3 Jahre entscheidet. Ist in dieser Zeit keine Heilung erfolgt, so ist sie in der Regel auch nicht mehr zu erwarten. Die konservative Therapie hat in der Zwischenzeit keine Fortschritte gemacht. Die einzige Therapie für die tuberkulöse Nierenerkrankung ist die chirurgische. Bei doppelseitiger Erkrankung kann durch die einseitige Nephrektomie wohl eine vorübergehende Besserung, aber keine Heilung erzielt werden.

Eine neue Zystoskopklemme, von R. Picker-Budapest. S. 21.

Zur gefahrlosen Ausführung der Pyelographie, von A. v. Lichtenberg-Berlin. S. 24. Nur wenn das Kontrastmittel mit Überdruck injiziert wird, kann das Mittel in die Blutbahn gelangen, da die Resorptionsfähigkeit des Nierenbeckens vernachlässigt werden kann. Eisendraht stellte fest, daß man bei einem Injektionsdruck von 30 mm Hg niemals ein Eindringen des Kontrastmittels in die Blutbahn beobachten konnte. Damit das Nierenbecken nicht vorzeitig sich entleert, ist die Injektion unmittelbar vor oder besser während der Röntgenaufnahme vorzunehmen. Da bei suspendierten Stoffen stets Reste zurückbleiben, so entscheidet bei der Verwendung der einzelnen Stoffe immer ihre Giftigkeit bei der intravenösen Injektion. Das beste, ungiftigste und billigste Mittel ist Bromnatrium, welches in 25%iger Lösung bis zu 55 ccm ohne jede Schädigung intravenös injiziert werden kann.

Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie der Blasenfunktion. VIII. Mitteilung. Die Dynamik der Blase, von Oswald Schwarz-Wien und Axel Brenner-Linz. S. 32. Verff. versuchen die einzelnen Komponenten, die bei der Entleerung der Blase eine Rolle spielen, zu analysieren. Der Harnstrahl besitzt zwei Eigenschaften: seine Dicke und seine Sprungweite. Die Entfernung müßte theoretisch viel größer sein, als man in Wirklichkeit findet, jedoch tritt ein beträchtlicher Geschwindigkeitsverlust ein. Was das Sekundenvolumen anbelangt, so ist dieses unabhängig von allen äußeren Umständen für die einzelne Person konstant, in der Regel ungefähr 20 ccm in der Sekunde. Es scheint, daß der Detrusor, als Schöpfer des Druckes, und der Sphincter internus, als bestimmendes Moment der Ausflußöffnung, beim Gesunden gegenseitig ständig ausbalanziert sind. Die Geschwindigkeit ist, wenn die Ausflußöffnung nicht zu klein ist, der Ausflußöffnung umgekehrt proportional. Blasendruck und Sphinkterweite lassen sich aus ihren Effekten, Geschwindigkeit und Sekundenvolumen ungefähr bestimmen. Betrachten wir nun die „Arbeit der Blase", so sehen wir, daß Druck und

Digitized by Google

Harnmenge, die beide bestimmt werden können, gleich sind dem halben Produkt der Harnmenge und dem Quadrat ihrer Beschleunigung. Der Verlust an Energie wird bedingt teils durch die Arbeit, die geleistet wird, bis der Harn sich einen Weg durch die vordere Harnröhre gebahnt hat, teils wieder durch die statische Arbeit des Sphinkters, der Spannungsveränderungen ausgesetzt ist. Die Grenze zwischen normal und pathologisch zu fixieren, ist nun besonders schwer, da ja selbst beim Selbstversuch die Parabelweite bei mittlerer Füllung zwischen 67 und 100 ccm schwankt. Nur die Beziehung der einzelnen Zahlen zueinander kann das Normale von dem Pathologischen trennen. Bei Patienten mit erschwerter Miktion dauert der Beginn der Miktion immer um so länger, je länger der Pat. dem Bedürfnis widerstanden hatte. Bei diesen Pat. wird der Strahl um so dünner, je mehr Pat. nachhilft. Beim Manometerversuch haben diese Pat. stets einen sehr hohen Manometerdruck. Die Pathogenese ist folgende: der Detrusor ist hypertonisch, der Sphinkterdruck nimmt zu und weicht jetzt dem Erschlaffungsimpuls nur widerwillig und unvollkommen. Am zweckmäßigsten arbeitet die Blase, wenn der errechnete Druck dem tatsächlichen am nächsten kommt. Wir müssen also die Blasen als pathologisch bezeichnen, die zur Erzielung einer normalen Leistung einen unverhältnismäßig hohen Blasendruck brauchen und dabei nur ein kleines Sekundenvolumen aufbringen. Da das Sekundenvolumen von der Öffnung des Sphincters internus abhängt, so werden auch Medikamente, die den Sphinkter erregen (Pilokarpin), einen ungünstigen Einfluß ausüben. Von Krankheiten bewirkt besonders die Tabes dorsalis infolge der Ataxie Störungen und in vorgerückterem Stadium eine Sphinkterhypertonie. Die Prostatahypertrophie endlich bedingt, neben dem mechanischen Hindernis, noch eine Störung im Ablauf der koordinierten Funktionen. Dafür spricht auch die zeitweise Besserung der Miktion durch warme Umschläge usw.

Totale Exfoliation der Blasenschleimhaut beim Manne nach Schußverletzung des Lendenmarkes, von Esau-Oschersleben-Bode. S. 63. Verf. berichtet über einen 31jähr. Mann, der nach einer Verletzung des Lendenmarkes ständig katheterisiert werden mußte und eine hämorrhagische Zystitis, zuletzt mit ausgedehnter Schleimhautnekrose, sich zuzog. Durch Sectio alta wurde die exfoliierte Blasenschleimhaut herausgenommen, doch hatte die Nekrose schon die Muskulatur ergriffen. Pat. starb einen Monat nach der Sectio alta. Die Autopsie ergab, daß neben der Blase beiderseits zwei gegen die freie Bauchhöhle abgekapselte Abszesse sich gebildet hatten. A. Rosenburg-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Das ärztliche Heiratszeugnis, von M. Hirsch. (Monogr. f. Frauenk. u. Eugen., Nr. 2. Verlag C. Kabitzsch, Leipzig 1921.) Das aktuelle Büchlein enthält neben einem Vorwort von Posner sieben Vorträge, die die Frage des Heiratszeugnisses von allen Seiten beleuchten. P. betont einleitend die Wichtigkeit der Frage der Eugenetik, als eines der Wege, die zum Endziel die Verbesserung des Nachwuchses haben. Konstitutionslehre, soziale Hygiene, Vererbungswissenschaft und Eugenetik, dazu die rein ärztlichen Erfahrungen liefern die Richtlinien für das Gesamtproblem. Die Notwendigkeit der Verbesserungsmaßnahmen muß, wenn auch langsam, so doch sicher Gemeingut unseres Volkes werden. Als Sammelwerk für die einschlägigen ärztlichen Erfahrungen dient das Werk von Senator, v. Noorden und Kaminer. 1. Westenhöfer behandelt das „Heiratszeugnis im Rahmen der Eugenetik". Das Bewußtsein biologischer Einheit der Volksgenossen ist notwendig im Gegensatz zu der „Mentalität" der nationalen Auffassung, die sich auf die geschichtliche Vergangenheit und eine einseitige Erziehung gründet. Dann erst ist die Eugenetik möglich. Dazu kommt die Notwendigkeit der Förderung der Produkte der Auslese, der Phänotypen. Das Gesamtvolk muß an den eugenetischen Bestrebungen beteiligt werden (Euthenetik). Eugenetische Auslese im Gegensatz zum modern gewordenen Züchtungsprozeß auch der Minderwertigen durch eine rassehygienisch falsch eingestellte Humanität, und zu der gewollten Geburtenverminderung gerade bei den besten, auch der Landbevölkerung. „Wir müssen gewissermaßen das Prinzip der natürlichen Auslese wieder in die zivilisierte europäische Menschheit, insbesondere in unser eigenes Volk hineinbringen." „Die Methode, die natürliche Auslese sowohl hinsichtlich des Lebens wie der Fortpflanzung wieder wirksam zu machen, kann nur darin bestehen, die Existenzbedingungen für alle Volksgenossen möglichst gleich zu gestalten, wie sie es im Urzustande ja auch waren, alle angeborenen Vorrechte zu be-

Digitized by Google

seitigen, und auf dieser Basis es jedem einzelnen zu ermöglichen, je nach seinen Fähigkeiten sich durchzusetzen, d. h. ohne daß er durch soziale oder ökonomische Hindernisse gehemmt wird, und ohne daß die Gründung einer Familie mit Nachkommenschaft ihm den Kampf erschwert, sondern eher erleichtert." Die negativen Mittel der Deszendenzhygiene (Eheverbot für Minderwertige) spielen demgegenüber eine untergeordnete Rolle. Das Ehezeugnis, das auch zu diesen negativen Mitteln gehört, ist aber deshalb zu empfehlen, weil es propagandistisch für den gesamten Fragenkomplex wirkt und unser Volk zum Nachdenken über dieses große Problem erzieht. In Betracht kommen Untersuchungen auf vererbbare Krankheitsanlagen und Krankheiten, und außerdem übertragbare Infektionskrankheiten. Solange nicht eine ausgiebige Familienforschung bzw. der vererbbaren Krankheiten besteht, ist ein Eheverbot noch nicht spruchreif; dagegen ist spruchreif die Frage des Eheverbots bei Infektionskrankheiten bis zum Erlöschen der Übertragbarkeit. Solche Forderungen sollten uns leicht zu erfüllen sein im Hinblick auf unsere Kinder und Kindeskinder. — 2. Czellitzer-Berlin behandelt das Thema „Familienforschung als Grundlage für das Heiratszeugnis". Vergleichsweise ausgehend von dem Bestreben der Tierzüchter, zur Nachzucht nur Individuen mit einwandfreier Aszendenz, mit gutem Stammbaum zu verwerten, betont C. die Wichtigkeit der Familienforschung beim Menschen, des einzigen allerdings indirekten Mittels, um möglichst nur gute Genotypen (Summe der vorhandenen Erbfaktoren) zur Familiengründung und Fortpflanzung zuzulassen. C. präzisiert genau, welche Familienglieder in der Aszendenz zu beachten sind, unterscheidet die Familientafel und die weiter zurückgreifende Sippschaftstafel, und gibt aus seiner reichen Erfahrung und seinen reichen Stammbaumstudien eine größere Anzahl, auch graphisch dargestellte Aufzeichnungen, aus denen die Vererbung von Körpermängeln (hochgradige Kurzsichtigkeit, Taubstummheit, Psychopathie) und guten Anlagen (musikalische Begabung) klar hervorgeht. Ein staatliches Ehezeugnis kann nur einen relativen Konsens und relatives Verbot fordern unter kritischer Vergleichung der beiderseitigen Familientafeln, dabei gesunde Ehekandidaten vorausgesetzt, um vor allem Häufung gleichgerichteter Fehler in den beiderseitigen Familien zu vermeiden. Über den Erbgang beim Menschen wissen wir leider noch außerordentlich wenig, so daß die Beurteilung in jedem Falle, bis reichlichere Erfahrung vorliegt, eine außerordentlich vorsichtige sein muß. So rigoros wie der Tierzüchter bei der Auswahl zur Fortpflanzung können wir beim Menschen nicht vorgehen. Vor allem müssen wir aber für weitere Familienforschung sorgen, um dem Eheberater seine große Verantwortung zu erleichtern auf dem Wege zur Auslese möglichst günstiger, körperlicher und geistiger Bedingungen für das zu erhoffende Kind. — 3. Leppmann: Das Heiratszeugnis vom Standpunkte des Neurologen und Psychiaters. Die Frage des obligatorischen Heiratszeugnisses ist nur diskutabel unter zwei nicht unbestrittenen Voraussetzungen, erstens, daß die durch die Ehe zusammengehaltene Familie die regelmäßige und beste Form menschlichen Zusammenlebens ist, und zweitens, daß es bei weitem die wichtigste Aufgabe der Ehe ist, eine gesunde Nachkommenschaft zu züchten. Es ist vom Standpunkte der Eugenetik unerwünscht, daß Menschen mit einer konstitutionellen Schwäche des Nervensystems oder Seelenlebens, Menschen, die eine manische oder depressive oder schizophrene Erkrankung durchgemacht haben, Alkoholiker oder Syphilitiker heiraten. Bezüglich der Epileptiker, Neurastheniker oder Hysteriker, auch bezüglich mancher Personen, die einmal geisteskrank gewesen sind, würde die schematische Anwendung dieses Grundsatzes schon eine beträchtliche Menge Menschen zu Unrecht an der Eheschließung verhindern. Czellitzers Gesundheitsstammbücher werden uns schätzungsweise leider erst in 100 Jahren zur Verfügung stehen. Die Schwierigkeit, durch einmalige Untersuchung die Nerven- und Seelenkrankheiten zu diagnostizieren, besonders bei energischem Verheimlichkeitswillen der Untersuchten, die Schwierigkeit ferner der Ermittlungen über das Vorleben der Kandidaten und die Kosten eines solchen Verfahrens, die Schwierigkeit der Grenzziehung zwischen Nervengesundheit und Nervenerkrankung und den vielen Zwischenstufen (Variationsbreite) beladen uns Ärzte mit Verantwortungen, denen wir nicht gewachsen sind. „Wir würden Kamele schlucken und Mücken seihen!" Selbst wenn man nur die gröbsten Fälle ausschalten wollte, wäre der Erfolg, in Anbetracht der vielen Täuschungsmöglichkeiten auch beim besten Untersucher, ein lächerlich geringer im Vergleich zu dem umfangreichen und kostspieligen Apparat. Diese und noch mehr Gründe veranlassen L., vom Standpunkte des Neurologen und Psychiaters das obligatorische Ehezeugnis radikal abzulehnen, weil nicht geeignet, die Züchtung einer wesentlich gesünderen Bevölkerung zu fördern. — 4. Heller: Ist ein vom Staat gefordertes Ehezeugnis ein brauchbares Mittel im Kampf gegen die

Digitized by Google

Geschlechtskrankheiten? Die Freihaltung der Ehe von den Geschlechtskrankheiten ist eine Forderung, über deren Berechtigung ein Zweifel nicht besteht. Könnte man aus den Geschlechtskrankheiten die Fälle heraussondern, bei denen Aussicht auf Heilung nicht besteht, so wäre die Frage des Eheverbots für diese Fälle leicht gelöst. Sehr zu beachten ist die Tatsache der „relativen Heilung" vieler Geschlechtskranker. Betrachtungen über die Fragen: „Wer hat das Ehezeugnis beizubringen?" „Wann soll das Ehezeugnis gebracht werden?" „Wie soll das Ehezeugnis ausgestellt werden?" „Welchen Nutzen und Schaden bringt das obligatorische Ehezeugnis?", deren Einzelerörterung in diesem Referat unmöglich ist, führen H. zu dem Schlusse, das obligatorische Ehezeugnis über frühere Geschlechtskrankheiten abzulehnen. Dagegen empfiehlt H. die Erweiterung des schon üblichen Brauches, vor Eingehung der Ehe die geschlechtliche Gesundheit der Nupturienten festzustellen. Es ist Sache der Heiratenden, nicht des Staates, tragfähige Grundlagen für die Ehe zu schaffen. Eine richtige Erziehung muß dazu führen, daß die Heiratskandidaten das Risiko der Krankheit ebenso prüfen, wie das des Charakters und der äußeren Lebensführung. Man erziehe das Volk und die Ärzte (Haftpflicht). Verschonen wir die Grundlage der Zukunft unseres Volkes mit Experimenten, deren Folgen wir nicht übersehen können. Verhüten wir weitere Ehescheu, stärken wir in der Jugend den Gedanken der eigenen Verantwortlichkeit; wir brauchen Persönlichkeiten! — 5. Strassmann: Die geburtshilflich-gynäkologischen Grundlagen des Heiratszeugnisses. Nach Erörterung aller somatischen Störungen auf geburtshilflich-gynäkologischem Gebiete, die für die Beurteilung der Ehe- und Gebärfähigkeit in Betracht kommen, kommt St. zu dem Schlusse, daß eine Belastung des Staates bei Minderwertigkeit der Erwählten in geburtshilflich-gynäkologischer Beziehung nicht zu befürchten ist. Die Rücksicht auf Schamgefühl, ärztliche Schweigepflicht und die Möglichkeit von Irrtümern müßten uns auch für persönliche Zeugnisse beschränken: 1. auf das im Einzelfall geforderte, mit voller freiwilliger Zustimmung der Frau ausgestellte Gesundheitsattest. In ihrem Interesse liegt es, daß sie 2. bei fehlenden äußeren Zeichen der Sexualfunktionen das Vorhandensein der Organe feststellen läßt. 3. Zur Feststellung, daß größere Fehler und Erkrankungen nicht vorliegen, die die Fruchtbarkeit mutmaßlich ausschließen, genügt die Darmuntersuchung, die den Geschlechtskanal unberührt läßt. Endlich ist 4. bei der allgemeinen Feststellung der Gesundheit die Beckenmessung vorzunehmen und das Skelett zu untersuchen. Das obligatorische Ehezeugnis erschwert das Eingehen der Ehe, der vollkommensten Form der geschlechtlichen Vereinigung, die im Volke auszubreiten Sache des Staates ist; eine erleichterte Ehe, die ihr den besten körperlichen und wirtschaftlichen Schutz gewährt, würde für die Frau größeren Gewinn bringen. St. vermag daher die zwangsweise Vorlegung eines Heiratszeugnisses seitens der Frau nicht zu befürworten. Gefördert werden muß jede Aufklärung in hygienischer Richtung über die Wichtigkeit der Wahl und Vereinigung gesunder Gatten. — 6. Sontag-Berlin: Das Heiratszeugnis vom Standpunkt des Juristen. Ein Gesetz, in dem ein etwa 14 Tage vor der Trauung dem Standesbeamten vorzulegendes Zeugnis eines beamteten Arztes betreffs Freisein von Geisteskrankheit, Epilepsie, Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten verlangt wird, unter Strafandrohung für wissentliches Verschweigen gegenüber dem untersuchenden Arzt und für Nichtbeibringen der Zeugnisse von seiten der Brautleute, Trauzeugen und des Standesbeamten — also eine lex perfecta —, hält S. für nicht angängig, weil — besonders auf dem Lande — die verlangte Untersuchung des weiblichen Partners als eine Verletzung des Schamgefühls angesehen würde. Dementsprechend wäre auch mit einer überwiegenden Opposition in den mit einem etwaigen Entwurf befaßten gesetzgebenden Körperschaften zu rechnen. Es bestände ferner die Möglichkeit, daß sich viele Paare nur kirchlich trauen ließen. Fälschungen von Gesundheitszeugnissen, Bestechungen von Ärzten und Standesbeamten wären zu erwarten. Eine Vermehrung des Konkubinats von seiten derer, die zur Ehe nicht zugelassen werden, wäre die Folge — Demoralisierung würde dem Gesetze auf dem Fuße folgen. Die Erfahrungen anderer Staaten mit solchen oder ähnlichen Gesetzesvorschriften (amerikanische Staaten, Norwegen) sind auch nicht danach angetan, daß sie uns für ein solches Gesetz stimmen könnten. Ein Gesetz ohne Strafandrohung — lex imperfecta — wäre nicht ratsam, weil es sich keiner Autorität erfreuen würde. S. hält die Zeit für einen solchen Ehegesundheitsschein, obwohl theoretisch wünschenswert, in Deutschland vorläufig für noch nicht gekommen. Volksempfindung und Volksverständnis für diese Frage müssen erst vorhanden sein — dazu tut weitere Aufklärung not —, bis ein solches Gesetz Erfolg verspricht. — 7. M. Hirsch: Heiratszeugnis, Eheberatung, Fortpflanzungspflege. Die so verschiedene Stellungnahme der verschiedenen Referenten beruht auf

Digitized by Google

der Unterschiedlichkeit der Voraussetzung: 1. Über den Zweck des Heiratszeugnisses. Es bezweckt den Zwang für die Nupturienten, sich über ihre eigene und, Einwilligung des anderen Teiles vorausgesetzt, auch über die gesundheitliche Eheeignung des Partners zu vergewissern — der unmittelbare Zweck. Der mittelbare Zweck ist, die gesundheitlichen Schäden bei der Eheschließung zu vermeiden. Die Entschlußfreiheit der Kandidaten bleibt aber unberührt. 2. Über das Wesen und den Zweck der Ehe. Die Ehe unterliegt ohnedies schon mannigfachen gesetzlichen Beschränkungen; der Staat hat ein sittliches Recht, auch das gesundheitliche Gut der Ehe mit Schutzvorschriften zu umgeben. Auch den Ehemotiven — Ökonomie, Kinder und Liebe — ist das Zeugnis nicht störend im Wege, es dient dem Individuum ebenso wie der Allgemeinheit und dem Staate. Das Haupthindernis für die Einführung des Zeugnisses in Deutschland ist die Mangelhaftigkeit der Unterlagen und die Unsicherheit des Urteils in der Begutachtung der Nupturienten. Die gesundheitlichen Gefahren für den einzelnen Partner durch das Eheleben, die Übertragungsgefahr bei Infektionskrankheiten auf den anderen und die Nachkommenschaft erweisen, daß trotz der Wirkung der natürlichen Auslese die künstliche gerechtfertigt und notwendig ist. Es folgen sehr eingehende Erörterungen über die Einzelheiten der Vererbungslehre und ihrer Ergebnisse auf den verschiedenen Krankheitsgebieten, Widerlegung der vorgebrachten Einwände der anderen Autoren. Alle Ärzte sollen an der Eheberatung beteiligt werden; dann ist die Arbeitsleistung und der Apparat für den einzelnen nicht bedeutend. Es bleibt den Ehekandidaten überlassen, aus den Ergebnissen der Prüfung, aus den erteilten Ratschlägen die ihnen gut dünkenden Folgerungen zu ziehen, und mit Ärzten ihres Vertrauens weitere Beratung darüber zu pflegen. — Den Schluß bildet eine eingehende Wertung der Entwicklung des Sittengesetzes (Kant) zum Naturgesetz menschlichen Wollens, der Gedankengänge, den menschlichen Artprozeß und seine Mittel, Liebe und Ehe, unter dem Gesichtswinkel der kommenden Generation zu betrachten (Lamarck, Darwin, Galton), der Gedankengänge Nietzsches als Verkünder einer biologischen, einer generativen Ethik. Es werden Zeugnisse aus der Literatur und Kunst der letzten Dezennien angeführt, aus denen hervorgeht, daß Entwicklungsgedanke, Vererbungslehre und praktische Eugenetik mitteninne stehen im Gebiete der Zeit. Das Bedürfnis und Verständnis für diese Dinge ist im Volke vorhanden; nur fehlt es an der Wertung dieses Volksbedürfnisses und der verständnisvollen Führung durch die Ärzte. Das Heiratszeugnis, ein Mittel der praktischen Eugenetik, liegt auf dem Wege, welchen das Denken der Menschheit mit einer gewissen Folgerichtigkeit gegangen ist. Das Gesetz ist spruchreif; denn es folgt in der Tat der Sitte, dem eugenetischen Gedanken, der schon im Volke lebt.

F. Hirsch-Ulm.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Biologie der Haut, von O. Gans, Univ.-Hautkl. Heidelberg. (D. m. W., 1921, Nr. 49, S. 1495—1497.) Verf. fand, daß wässrige Extrakte von Drüsen mit innerer Sekretion, intrakutan geimpft, bei hautgesunden Männern meist eine schwächere, dafür aber länger andauernde Impfreaktion hervorrufen als bei hautgesunden Frauen. Gravide reagieren bei weitem am schwächsten. Dann wurden Intrakutan-Impfversuche mit Organextrakt und Blutplasma resp. Blutserum gemacht. Bei Männern und nicht graviden Frauen ergab sich eine Abschwächung der Infiltratbildung, die bei Serumzusatz stärker als bei Plasmazusatz ist. Dagegen bewirkt bei Graviden Zusatz von Gravidenserum bzw. Gravidenplasma eine erhebliche Verstärkung der Reaktion. Verf. erklärt die ersten Versuchsergebnisse mit der großen Labilität des Blutplasmas in der Gravidität. Die Abschwächung der Reaktion bei Männern und Frauen nach Impfung mit Organextrakt-Serumgemisch wird auf die entgiftende Wirkung von frischem aktivem Serum auf Organgewebsgifte zurückgeführt. Noch ungeklärt bleibt die Verstärkung der Reaktion bei Graviden. F. Harry-Berlin.

Die Chromatophoren in der Haut des Menschen, ihr Wesen und die Herkunft ihres Pigmentes. Ein Beitrag zur Phagozytose der Bindegewebszellen, von E. Miescher-Zürich. (Kl. W., 1922, Nr. 3, S. 125.) Vorläufige Mitteilung. Erscheint im Arch. f. Derm. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Zur Genese der Russelschen Körperchen, von E. v. Müller. Diss. Heidelberg 1919. Es können nicht nur in Plasmazellen, sondern auch in anderen Zellen Körperchen entstehen, die vollkommen in ihren Eigenschaften mit den von Russel zuerst beschriebenen Gebilden übereinstimmen und demnach als Russelsche Körperchen zu bezeichnen sind. Die Genese der Russelschen Körperchen ist also keine einheitliche. F. Weiler-Leipzig.

Zur Entwicklung der Meibomschen Drüsen und der Lidränder, von F. Klee. Diss., Bonn 1919. Der Lösungsprozeß der Lider der weißen Maus ist ein Verhornungsprozeß. Er dringt von der Epidermis her in die Verwachsungszone der Lider ein. Er wird beschleunigt und vervollständigt durch die im Zusammenhang mit der fortschreitenden Entwicklung der Zilien und der Ausführungsgänge der Meibomschen Drüsen in der Verklebungsplatte der Lider auftretende selbständige Verhornung. Besonders die letztere ist es, welche die Lösung der Lidränder im konjunktivalen Teile einleitet. An der Konjunktiva selbst entsteht selbständig keine Verhornung. F. Weiler-Leipzig.

Über das Vorkommen von Sinushaaren bei Säugetieren, von H. Müller. Vet.-med. Diss., Zürich 1919. Die Untersuchungen über die Sinus- oder Spürhaare erstrecken sich auf Katze, Hund, Schwein, Pferd, Rind, Schaf und Ziegen, und zwar auf Föten und erwachsene Exemplare. F. Weiler-Leipzig.

Schuppe, Haar und Haarscheibe der Säugetiere, von Fernandez Miguel-La Plata. (Anat. Anz., 1921, Nr. 23—24, S. 506—524.) Verf. findet eine vollkommene Homologie zwischen Hornschuppe, Haarscheibe und Hautsinnesorganen bei Säugern und Reptilien. Das bestätige schon die Anordnung der Haare. Man dürfe nicht mit Pinkus annehmen, daß Knopf oder Haarscheibe unbedingt zum Haar gehöre. „Der Knopf besitzt eine bestimmte Lagerung in bezug auf die Schuppe, und die Haare stehen nur insofern in einer Lagebeziehung zum Knopf, als sie die Schuppe von hinten und von den Seiten umgeben. Würde die Schuppe rückgebildet oder zerfiel sie, so „stob" der ganze Schuppenbezirk auseinander. So wäre z. B. zu erklären, daß beim Menschen die Mehrzahl der Haare keine Haarscheiben besitzen. Die Scheibe blieb in solchem Falle nur mit dem ihr zunächst stehenden Haar oder der Haargruppe zusammen." Dagegen wäre noch fraglich, „ob sich nicht bei den Reptilien auch Organe fänden, von denen das Haar direkt abgeleitet werden könnte." Sind aber Reptilien- und Säugerschuppe homolog, so ist auch anzunehmen, daß Haare und Sinnesorgane es sind. Die Bildung der Säugetierhaare hat nach Verf. nichts mit dem Übergang vom Wasseraufenthalt zum Landaufenthalt zu tun, da sie „erst viel später auftrat". Die Schuppen waren nach dem Schwanze zu abgerundet und mit zentralem Längskiel versehen, unter dessen Spitze ein starkes Hautsinnesorgan lag: die spätere Haarscheibe oder Knopf. Der Seitenrand der Schuppe hatte Tastborsten: das spätere Haar. P. G. Unna-Hamburg.

Über Hypertrichosis lanuginensis s. primaria, von Karl Mense. (Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path., Bd. 68, S. 486—495.) Ausgehend von dem Fall des Haarmenschen Lionel und den Untersuchungen Friedenthals aus dem Jahre 1907 hat Verf. Haarmessungen an fötalen Haaren angestellt und kommt zu dem Ergebnis, daß das Kopfhaar von Anfang an vom übrigen Primärhaarkleid verschieden ist und somit aus dem Begriff der Lanugo herausfällt. Er schlägt daher für derartige Fälle von Entwicklungshemmung den Namen „Hypertrichosis primaria" vor. Ein daneben sich findender Defekt in der Zahn- und Kieferbildung fällt in dieselbe Richtung. Kasuistik der bisher beschriebenen Hypertrichosen, besonders hinsichtlich ihrer Kiefer- und Zahnbildung.
K. Glaser-Berlin.

Die Füllungszustände der Blutkapillaren und die auf sie einwirkenden Ursachen, von A. Hintze-Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1921, Bd. 118. Festschrift Bier, S. 361—380.) Untersuchungen über die mechanischen Ursachen der Kapillarfüllungszustandsänderung. Der mechanische Hauptfaktor für eine vom Nervensystem unabhängige Kapillarkontraktion ist der Überdruck, der im lebenden Organismus durch die Tätigkeit des linken Herzens bedingt ist. Wahrscheinlich kommen noch andere mechanische Momente für die Kapillarkontraktion in Betracht. Hierüber sollen weitere Versuche Aufklärung erstreben. M. Rehbein-Hamburg.

Über die Wirkungen des inneren Sekrets der Keimdrüsen auf den Blutdruck, von Max Löwenthal. (Klin.-ther. Wschr., Nr. 47/48, S. 355—361.) Nach ausführlicher Besprechung der einschlägigen Literatur (Literatur-Verzeichnis) resümiert sich Verf. dahin, daß das innere Sekret des Hodens auf den Blutdruck keine direkte Wirkung ausübt, sondern nur auf dem Weg über Steigerung des Sympatikustonus. Das innere Sekret des Ovariums ist vagustonussteigernd, wirkt es aber außerdem noch lokal gefäßdilatierend und somit den Blutdruck senkend. K. Glaser-Berlin.

Digitized by Google

Untersuchungen über die Granulationen der Leukozyten des Schweines, von ROBERT SAHLING. Vet.-med. Diss., Hannover 1920. Untersuchungen bei drei Wochen alten Ferkeln. Der Befund stimmt mit den bisher bekannten Befunden bis auf geringe Schwankungen ziemlich genau überein. F. Weiler-Leipzig.

Enthalten die Lymphozyten ein lipolytisches Ferment? Zugleich ein Beitrag über den Lipasegehalt des Liquor cerebrospinalis, von ALFRED RESCH-Zürich. (Zschr. f. kl. M., 1921, Bd. 22, H. 1—3, S. 160—169.) Lymphozytose und lipolytisches Ferment zeigen in ihrem Auftreten im Liquor cerebrospinalis keine Koinzidenz. Die Bestimmung des Fettspaltungsvermögens läßt sich daher differentialdiagnostisch nicht verwerten. Lymphozyt und Lipase stehen ganz allgemein in keinem genetischen Zusammenhang. Ein gesetzmäßiges Verhalten der Liquorlipase bei verschiedenen Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten läßt sich nicht feststellen. Akut verlaufende infektiöse Affektionen zeigen im ganzen höheres Fettspaltungsvermögen, aber auch tiefste Werte sind hier zu verzeichnen. Die Herkunft der Lipase in den verschiedenen Körperflüssigkeiten bedarf noch weiterer Klärung. H. Soltmann-Leipzig.

Mikroskopische Technik.

O. SCHULTZES Natronlauge-Silber-Methode zur Darstellung der Achsenzylinder und Nervenzellen, von PHIL. STÖHR. (Anat. Anz., Bd. 54, Nr. 23/24, S. 529—537.) SCHULTZE hatte beobachtet, daß Gefrierschnitte, die in Formol fixiert waren, sich viel besser zur Weiterbehandlung mit Silbernitrat eignen, wenn man vorher eine „Entschlackung" der Schnitte vornimmt. Darunter versteht SCHULTZE eine möglichst sorgfältige Beseitigung von Zerfallsprodukten, Formolresten usw. Zu dieser „Entschlackung" bediente sich SCHULTZE hauptsächlich der Natronlauge. Verf. benutzt: Käufliches Formol (10%), Natronlauge (frisch herzustellen), Argentum nitricum (dunkle Flasche), Hydrochinonformollösung (2,5 g Hydrochinon : 100 ccm destilliertes Wasser + käufliches Formol 5 ccm). Verf. arbeitet meistens mit einer 20fachen Lösung. Nach Abspülung in Aqua destillata sofort 96% Alkohol, Karbolxylol, Balsam, Deckglas. Gefrierschneiden nach 48 Stunden Formolfixierung (30—40 μ). Als Beispiel seien nur die peripheren Nerven erwähnt: 1. Natronlauge 10 : 50, 24 Stunden. 2. Aqua destillata, 1—2 Stunden, 4—6 mal wechseln. 3. Argentum nitricum 10%, 24 Stunden. 4. Hydrochinonformollösung 80 bis 100fach verdünnt. Bei nicht zu dicken Gefäßen gute Übersichtsbilder der gesamten Innervation. Vorteile der Methode: Einfachheit, Schnelligkeit, Niederschlagsfreiheit und Anwendbarkeit auf dicke Schnitte. P. G. Unna.

Die GRAMsche Bakterienfärbung, ihr Wesen und ihre Bedeutung, II. Teil, von ERNST DEUSSEN. (Zschr. f. Hyg. u. Infekt.-Krkh., Bd. 93, H. 2 u. 3, S. 512—522. Lab. f. angew. Chem. u. Pharm., Hyg. Inst. Leipzig.) Zur Stütze seiner Hypothese, daß die Gramfestigkeit von Kleinlebewesen auf das Vorhandensein gramfester Inhaltsstoffe zurückzuführen ist, hat V. eine Reihe Versuche angestellt mit nach besonderem Verfahren gramfrei gemachten Hefe- und Yoghurtbazillen. Er ließ auf dieselben Nuklein, Nukleinsäure, Alb. ovi sicc., Lezithin, Wittepepton und Kasein einwirken. Er konnte feststellen, daß nach Einwirkung von Nuklein und Nukleinsäure vorher gramnegative Bazillen sich nachher als grampositiv erwiesen, genau wie das Ausgangsmaterial. Nach Einwirkung der anderen angeführten Stoffe, mit Ausnahme in geringem Maße beim Kasein, gelang es nicht, grampositive Färbung zu erzielen. Nuklein und Nukleinsäure mußten unter Berücksichtigung der Versuchsanordnung durch die Membranen der abgetöteten Zellen in Form von Na-Salzen durchdifferenziert und das positive Ergebnis erzeugt haben.
G. Kapferer-Heidelberg.

Über eine neue wichtige Methode für das Studium der verschiedenen Elemente der menschlichen Haut (Di un nuovo importante procedimento perlo studio di vari elementi della cute umana), von LEONARDO MARTINOTTI. (Monitore Zoologico Italiano, 31. Jahrg., Nr. 45, S. 74—92.) Eine neue Färbemethode. Fixation der Hautstücke in Formol, dem Salze (Karlsbader Salz, Kupfersulfat, Magnesiumsulfat, Magnesiumchromat u. a.) zugesetzt werden. Färbung der Gefrierschnitte nach Chromierung mit Azokarmin. Angeblich sehr gute und prägnante Bilder der Epidermis, der Kerne, Blutgefäße, Bindegewebs-, glatte Muskelfasern, Hautnerven und Fette. Die Methode gelingt aus unbekannten Gründen bisweilen bezüglich der Muskelfasern, häufiger noch der Muskelfibrillen und besonders der Nervenfibrillen nicht. Einzelheiten der Methode sind im Original nachzulesen, dem fünf prägnante bunte Bilder beigegeben sind.
E. Sklarz-Berlin.

Digitized by Google

Bakteriologie.

Über die durch säurefeste Bakterien im Säugetierorganismus erzeugten histologischen Veränderungen, von R. Jaffé-Frankfurt a. M. (Arb. a. d. Staatsinst. f. exper. Ther. u. d. Georg-Speyer-Hause, H. 14, S. 3—29.) Verf. hat mit säurefesten Bazillen und tuberkuloseähnlichen Stämmen im Säugetierorganismus Veränderungen erzeugt, die sich nicht von denen der echten Tuberkulose unterscheiden. Wenn es auch gelingt, Veränderungen hervorzurufen, die von der typischen Tuberkulose abweichen, so kann doch keine spezielle histologische Diagnose gestellt werden, da auch echte Tuberkelbazillen, und zwar alte Laboratoriumsstämme, eine atypische Veränderung bewirken. F. Harry-Berlin.

Der Gehalt des Blutserums an artspezifischem Eiweiß, von R. Doerr und W. Berger, Hygienisches Institut Basel. (Zschr. f. Hyg. u. Infekt.-Krkh., Bd. 93, H. 1, S. 147—162.) Durch eine Reihe angestellter Versuche haben Verff. die Tatsache erbracht, daß der Bestand des Organismus an artspezifischem Bluteiweiß keine Konstante ist, sondern innerhalb ziemlich weiter Grenzen schwanken kann. Im Prinzip versetzten sie 0.05 ccm Menschenserum einerseits mit 2 ccm Normalkaninchenserum, andererseits mit 2 ccm präzipitierenden Antimenschenserum vom Kaninchen und präparierten subkutan in fallenden Dosen der beiden Reaktionsgemische zwei Serien gleichgroßer Meerschweinchen und prüften die Reaktion der Tiere gegen Menschen- und Kaninchenserum durch intravenöse Reinjektion nach 21—25 Tagen. Die Reihenversuche ergaben, daß für ein normales Kaninchenserum, um den Tod im anaphylaktischen Chok zu bewirken, 10—20fach höhere Reinjektionsdosen nötig waren als für Immunsera. Um das Wesen dieser Erscheinung zu klären, stellten Verff. weitere Versuche an, die ergaben, daß eine effektive Steigerung der Antigenwirkung des Serums durch Erhöhung des Globulingehaltes vorliegt, da eine Zunahme des Gesamteiweißgehaltes und der Globuline ohne wesentliche Veränderung der Albumine festgestellt wurde. Auf Grund ihrer Ergebnisse weisen Verff. darauf hin, daß die bisherige Prüfung der Heilsera, um unliebsame Komplikationen zu vermeiden, ergänzungsbedürftig sei. G. Kapferer-Heidelberg.

Die Beziehungen der embryonalen Keimblätter zu den pathogenen Mikroorganismen (Les feuillets embryonnaires en rapport avec les microorganismes pathogènes), von Levaditi. (Comptes rendus de l'Académie des Sciences, Bd. 173, S. 370.) In seinen Untersuchungen kommt Levaditi zu dem Resultat, daß die Infektion des Mesoderms, die sogenannten Mesodermosen, hervorgerufen werden von Bakterien, Pilzen, Spirillen oder Protozoen, die Infektion des Ektoderms, sogenannte Ektodermosen, zumeist durch filtrierbares und unsichtbares Virus. Die Spirochaeta pallida nimmt einen Sonderplatz ein, indem sie zu beiden embryonalen Keimblättern Affinität besitzt.
K. Glaser-Berlin.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Eine Nachprüfung des Cohnheimschen Entzündungsversuches, von Friedr. Kaufmann. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 14, H. 2). Sollten sich die Angaben Kaufmanns bestätigen, so ist die ursprüngliche Deutung einer der berühmtesten Versuche in der experimentellen Pathologie, der, als klassisch empfunden, die größten Auswirkungen für unsere Auffassung über die „Entzündung" hatte, erschüttert. Die vor allem von Marchand und seiner Schule inaugurierte Lehre von der überragenden Bedeutung der fixen Gewebszellen in bezug auf die bei der Entzündung auftretenden Zellen tritt an die herrschende Stelle. Die im Froschmesenterium bei dem Entzündungsversuch auftretenden Zellen — nach Cohnheim sämtlich aus der Blutbahn stammend — sind z. T. den lymphozytoiden Zellen zuzurechnen, von adventitiellen Zellen abstammend. Ihre Herkunft aus dem Blut ist abzulehnen. Zellen, die den Blutleukozyten entsprechen, finden sich außerhalb der Gefäße gar nicht oder nur in geringer Zahl. Die lymphozytoiden Zellen sind um ein Mehrfaches größer als die Blutlymphozyten, haben ein dunkler gefärbtes Protoplasma, eine andere Chromatinanordnung des Kernes. Zellen, die sicher als ausgewanderte Blutzelle gedeutet werden können, wurden nicht gesehen. Die lymphozytoiden Zellen sind herdförmig gelagert, während die Randstellung der weißen Blutzellen am lebenden Mesenterium gleichmäßig im Verlauf der Gefäße vorhanden ist. Auffällig, daß in den gefärbten Präparaten die Randstellung der weißen Blutzellen vermißt wurde. Die gleichen lymphozytoiden Zellformen finden sich nicht nur perivaskulär,

Digitized by Google

sondern auch in den Gewebsfeldern. Übergangsbilder der Adventitiazelle in den lymphozytoiden Elementen finden sich. Schwieriger das Urteil über die Herkunft der Zellen mit eosinophilen Granula; für die histogene Herkunft auch dieser Zellen möchte sich K. einsetzen. E. Delbanco-Hamburg.

Über den Entzündungsbegriff, von Felix Marchand-Leipzig. (Virch. Arch., 1921, Bd. 234, H. 2—3, S. 245—299.) In der eingehenden und lesenswerten Arbeit, der man im Rahmen eines Referates unmöglich gerecht werden kann, legt Verf. dar, daß die biologische und symptomatische Definition des Entzündungsbegriffes, die nach Aschoff einander ausschließen, sich ergänzen müssen. Die von Aschoff postulierte Ausdehnung des Entzündungsbegriffes auf Fieber, Leukozytose, Schutzkörperbildung usw. lehnt M. ab, ebenso den weitergehenden Vorschlag Gräffs u. a., den Ausdruck „Entzündung" durch „Defensio" zu ersetzen. Die Rickersche neuropathologische Entzündungstheorie wird als einseitig und in vielem hypothetisch von M. bekämpft. Ausführliche Stellungnahme zur Frage der unmittelbaren Einwirkung von Entzündungserregern und Reizstoffen auf das Zustandekommen der progressiven Veränderungen. In einem Kapitel über lokale, vasomotorische Reizbarkeit werden die Untersuchungen Ebbeckes und Breslauers gewürdigt, und vom Verf. selbst der „intrakutane, vasomotorische Reflex" für das Zustandekommen der lokalen Hyperämie und in ihrer Folge des Ödems und entzündlicher Veränderungen der Gefäßwand als Ursache hingestellt. M.s Stellungnahme zur Frage der Bildung von Exsudatszellen aus Gewebszellen und vor allem zur Lymphozytenfrage, bei der er u. a. gegen Bergel polemisiert, muß im Original nachgelesen werden; sie gipfelt in dem Satz, daß „alle bei den Gefäßen und an den Gefäßen auftretenden Zellen, mit Ausnahme der mesenchymalen Wanderzellen des Bindegewebes, aus Blutgefäßwandzellen hervorgehen". Am Schlusse der Arbeit schlägt Verf. vor, die durch eine schädigende Ursache unmittelbar herbeigeführten Veränderungen von den Entzündungsvorgängen zu trennen und eine Definition der Entzündung durch Übereinkommen unter den Pathologen herbeizuführen. Er selbst versteht unter „Entzündung" eine „Reihe von reaktiven Vorgängen an den Gefäßen und den Geweben, die nach Einwirkung physikalischer, chemischer und infektiöser Schädlichkeiten in gesetzmäßiger Weise verlaufen und im günstigen Falle zur Beseitigung der Schädigung und dadurch zur Heilung führen". Diese biologische Definition ergänzt M. durch Beschreibung des morphologischen Bildes beim akuten oder chronischen Zustandekommen dieser reaktiven Vorgänge. F. Jacobsohn-Berlin.

Die Vererbungspathologie der Haut, von Herm. Werner Siemens-Breslau. (M. m. W., 1921, Nr. 46.) Auszug aus den genaueren Ausführungen des Verf. in Virch. Arch. und der „Einführung in die allgemeine Konstitutions- und Vererbungspathologie", welcher die Mendelschen Gesetze auf die erblichen Hautleiden anwendet.
A. v. Notthafft-München.

Untersuchungen zur Frage des zelligen Gewebeabbaus und seiner Beziehungen zur Eiterung, von Hans Löwenstädt, Anat. Inst. Breslau. (Virch. Arch., 1921, Bd. 234, H. 2—3, S. 528—547.) Nach historisch-kritischem Überblick der verschiedenen Theorien über die Herkunft der Entzündungszellen beleuchtet Verf. die Grawitzschen Schlummerzellentheorie, der er vom theoretischen Standpunkte aus erhebliche Bedenken entgegenbringt. Immerhin hält Verf. nach dem jetzigen Stand der Forschung die histiogene Entstehung der einkernigen Eiterzellen für wahrscheinlich, die polymorphkernigen Zellen hingegen für hämatogenen Ursprungs. Die gegenteilige Ansicht, die Grawitz und seine Schüler neuerdings auch durch Zellkulturen experimentell zu begründen suchen, hat nun L. veranlaßt, an drei eigenen Gewebskulturreihen von Herzklappen, die von Grawitz und Busse erhobenen Befunde nachzuprüfen. Wenn es L. auch gelang, verschiedene ähnliche Bilder zu erhalten wie Grawitz und Busse, so sind doch nach seiner Angabe diese Befunde so wenig eindeutig und die Technik der Plasmakultur noch so verbesserungsbedürftig, daß Verf. es für richtig hält, aus seinen Präparaten weder pro noch contra Grawitz entscheidende Schlüsse zu ziehen. F. Jacobsohn-Berlin.

Angiodiaskopie (L'angiodiascopia), von Augusto Senigaglia. (Policlinico sez. prat., 29. Jahrg., H. 2.) Nach dem Verf. besteht die Angiodiaskopie in der Beobachtung der Blutgefäße der Haut unter Benutzung verschiedener Arten von Lichtquellen (am besten einer elektrischen Taschenlampe oder einer mit einem Papierrohr armierten gewöhnlichen elektrischen Lampe), die man zwischen den zu beobachtenden Hautbezirk und das Auge des Beobachters bringt. Der Angiodiaskopie können unterworfen werden die Hand, der Fuß, die Lippe, die Wange, ja selbst die Haut des Abdomens, indem man sie in Form einer Falte abhebt. Wo letzteres nicht möglich ist (Brust), wird die

Digitized by Google

Angiodiaskopie zur Angioskopie; in diesem Falle wird die Lichtquelle gegen die Haut gedrückt und die durchschimmernden Gefäße direkt besichtigt. Beschreibung der Technik.
E. Freund-Triest.

Mein Kapillarmikroskop, von O. Müller-Tübingen. M. Kl., 1921, Nr. 48, S. 1448.) Verf. beschreibt an der Hand einer Abbildung sein Kapillarmikroskop, wie selbiges von der Firma Zeiss hergestellt wird. Die Neuerung besteht im wesentlichen darin, daß eine elektrische Beleuchtungsquelle für das Beobachtungsfeld seitlich angebracht ist, und daß der Boden des Mikroskops zur Kompression von flachen und gebogenen Untersuchungsobjekten geeignet ist. M. führt bei dieser Gelegenheit aus, daß er aus eigenem Gedankengange heraus zur Konstruktion des Instrumentes gelangt ist, und würdigt die von anderen Autoren auf dem Gebiete der Kapillaruntersuchung geleisteten Forschungen (Hueter, Unna, Lombard, Dahier) in gebührender Weise.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bilirubinbildung in der überlebenden Milz (Zum anhepatogenen Ikterus), von Z. Ernst und B. Szappanyos-Budapest. (Orv. Hetilap, 1921, Nr. 30.) Die Verff. entfernten bei Hunden die Milz, und nach Durchströmenlassen von entsprechend zubereiteten defibriniertem und Hämoglobin in größerer Menge enthaltendem Serum wiesen sie Gallenfarbstoff (Bilirubin) nach, welcher bei Wiederholung des Versuches sukzessive zunimmt. Der Farbstoff zeigte mit Bilirubin identische Reaktionen. Die Milz wurde in eine physiologische Kochsalzlösung in Körpertemperatur gehalten und die Apparate nach dem System von Brodie zusammengestellt. M. Porosz-Budapest.

Die Darstellung eines salzarmen, isotonischen Antigenpräparates für die Eigenurinreaktion nach Prof. Wildbolz, von W. Lanz-Montana. (Schweiz. med. W., 1922, Nr. 1.) Bisher entstanden infolge des Gehaltes des Präparates an Urinsalzen oft nichtspezifische Reaktionen der Haut. Um Nekrosen zu vermeiden, konnten nur sehr geringe Mengen injiziert werden, daher war auch die Menge des Antigens sehr gering. Zur Verbesserung wird folgendes Vorgehen empfohlen: Konzentration des Urins im Vakuum nach Wildbolz; Salzfreimachen des konzentrierten Präparates mit der Dialyse in geprüften Kollodiumfiltern (Näheres über diese siehe im Original); Isotonischmachendes Präparates durch Dialyse in physiologischer Kochsalzlösung im gleichen Dialysierschlauch. Die Resultate sind bedeutend bessere als mit der Originalmethode, das negative Resultat hat mehr Wert. E. Levin-Berlin.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Die Behandlung mit Milch bei Haut- und Geschlechtskrankheiten (La galattoterapia nelle malattie veneree e della pelle), von Maria Artom-Alessandria. (Policlinico sez. prat., 1922, Bd. 1.) Beschreibung der Technik und Bericht über 58 Fälle. Zur Behandlung kamen Bubo, kompliziertes Ulcus molle, einige Fälle von Epididymitis blennorrhoica, Salpingitis und 3 Fälle von Ekzem. Sehr gute Erfolge bei Ulcus molle und Bubo, gute bei Epididymitis und Salpingitis, fast keine bei Ekzem.
E. Freund-Triest.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Unter dem Vorsitze vom Geh. Med.-Rat Prof. C. Herxheimer wurde eine Frankfurter Dermatologische Vereinigung begründet.

Prof. E. Meirowsky, Privatdozent in Köln, erhielt die Dienstbezeichnung a. o. Professor.

Gestorben: Dr. Keating-Hart in Paris, Erfinder der Thermoradiotherapie; Dr. N. P. Ernst in Kopenhagen, Vizepräsident der Dänischen Gesellschaft für Krebsforschung. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

22. April 1922 | Nr. 16 | Band 74

Aus der Klinik für Geschlechts- und Hautkrankheiten in Wien (Vorstand: Hofrat Prof. Dr. Finger) und der Abteilung für Geschlechts- und Hautkrankheiten in der Heilanstalt Klosterneuburg-Wien (Vorstand: Prof. Dr. Viktor Mucha).

Erfahrungen mit der Reaktion des kolloidalen Benzoeharzes in der Rückenmarksflüssigkeit.

Von

Dr. Fritz Meas, Sekundararzt der Heilanstalt Klosterneuburg.

Die Reaktion des kolloidalen Benzoeharzes mit dem Liquor cerebrospinalis wurde im vergangenen Jahre von Guillain, Laroche und Lechelle[1]) angegeben. Ihre Erprobung an unserem Liquormaterial erschien uns aus zweierlei Gründen angezeigt. Zunächst handelt es sich um eine Reaktion, deren Einführung infolge ihrer technischen Einfachheit für manche, auf die bisherigen Kolloidreaktionen verzichtende Station in Betracht käme, wenn unsere vergleichenden Untersuchungen eine entsprechende Empfindlichkeit und Zuverlässigkeit annehmen ließen. Zweitens aber sind wir überzeugt, daß die gleichzeitige, vergleichende Anwendung mehrerer Kolloidreaktionen eine Methode darstellt, welche uns auf jeden Fall der Klärung des in ihnen liegenden Problems näher bringt. Denn bei den Reaktionsbildern des Liquors mit den verschiedenen Kolloidlösungen treten die durch die Individualität des verwendeten Kolloids und die ihr Rechnung tragenden Versuchsbedingungen gegebenen Unterschiede zunächst so in den Vordergrund, daß wir das allen gemeinsame Prinzip, die zur Wirkung gekommene identische Veränderung des Liquors noch nicht klar zu erkennen vermögen. In je verschiedeneren Situationen, an je differenteren Kolloiden wir dieses Prinzip wirken sehen, desto mehr muß sich sein Bild und das der Gesetzmäßigkeit seines Wirkens verdichten. Auch die in solchem Sinne unternommene Erprobung einer neuen Kolloidreaktion setzt eine gewisse Empfindlichkeit voraus, besonders wenn es sich um das Liquormaterial einer venerologischen Station handelt, in welchem Liquorveränderungen vom Grade der metaluischen seltener vertreten sind. Wir gaben die Versuche mit der Berlinerblau- und Kollargolreaktion frühzeitig auf, weil beide Reaktionen nur ausgesprochen schwere Liquorveränderungen aufzeigen. Von der Benzoeharzreaktion durften wir nach den Mitteilungen der Autoren eine höhere Empfindlichkeit erwarten und fanden diese Erwartung bald bestätigt. Wir haben die Technik der Autoren genau übernommen und gleich mit der ersten Benzoeharzprobe brauchbare Stammlösungen erhalten.

[1]) Presse méd. vom 28. IX. 1921.

Digitized by Google

Kafkas[1]) Angaben über das von ihm verwendete Benzoereagens zeigen uns, mit wie wesentlichen Unterschieden wir bei Harzproben verschiedener Provenienz rechnen müssen. Die von der unseren ganz verschiedene Kochsalzempfindlichkeit der von ihm erhaltenen Benzoelösungen ist ein deutlicher Hinweis darauf, daß die jeweiligen Beobachtungen nur beschränkte Allgemeingültigkeit haben.

Das gebrauchsfertige Reagens wird aus der 10%igen alkoholischen Harzlösung hergestellt, indem man drei Teile davon in zweihundert Teile 35°iger Aqua destillata einfließen läßt. Die Liquorverdünnungen sollen mit 0,1 promilligen Kochsalz oder Aqua destillata hergestellt werden; wir konnten uns von einem wesentlich empfindlicheren Ausfall der Reaktion bei Verwendung des ersteren nicht überzeugen und haben schließlich nur mehr mit Aqua destillata verdünnt. Wie bei Goldsol haben wir auch hier aus Gründen des Liquorsparens mit halben Mengen (0,5 der jeweiligen Liquorverdünnung + 0,5 Reagens) gearbeitet und vom ersten Röhrchen an bis zum zehnten fortlaufend verdünnt. Aus später zu erörternden Gründen begannen wir mit der Verdünnung 8 : 10, so daß die Verdünnungsreihe bei 1 : 10 in die bei Goldsol übliche einmündet und Goldsol- wie Benzoekurve in dasselbe Schema eingezeichnet werden können, wenn dem bei Goldsol üblichen Verdünnungsschema drei Verdünnungsrubriken vorangeschaltet werden. Im Gegensatz zu den Autoren blieben wir auch hier bei dem negativen Ordinatensystem und stellen daher eine ungefällt = milchigtrüb bleibende Reihe von Röhrchen durch eine, am oberen Rande der Einteilung gezogene wagrechte Linie dar, welche sich dort, wo sichtbare Fällung ohne Sedimentierung eintritt, bis zur Hälfte, dort, wo Sedimentierung und Klärung eintritt, bis zur unteren Grenze des Ordinatensystems senkt. Wie bei der Goldsolreaktion (GSR) gibt es auch hier in der luischen Zone, als die wir übereinstimmend mit den Autoren die ersten etwa fünf Röhrchen bezeichnen (die Autoren beginnen mit 3 : 4 = 30 : 40, wir mit 8 : 10 = 32 : 40), teils flachere breite, teils tiefe enger begrenzte Ausfällungen und wir sehen von einer gradweisen Klassifizierung der Übergänge zwischen schwachen und exzessiv starken Fällungsbildern am besten ab. Die schwächsten Reaktionen bestehen in einer geringen Fällung, die meist vom ersten zum zweiten Röhrchen zunimmt, im dritten gleich der im zweiten bleibt und im vierten oder fünften aufhört. Die stärksten beginnen meist mit totaler, eventuell bis ins achte Röhrchen anhaltender Fällung. Demzufolge kommt nur bei den schwachen Reaktionen die von der Mastixreaktion her bekannte Erscheinung zur Beobachtung, daß sich die erste = luische Fällung durch ein bis drei ungefällt oder wenig gefällt bleibende Röhrchen von einer zweiten Zone der Fällung abgrenzt (welche auch bei vielen normalen Liquores mehr oder weniger stark ausgeprägt ist), während bei starken Reaktionen die erste Fällung direkt in die zweite übergeht. Das Fällungsbild hat nach 12 Stunden sein definitives Aussehen erreicht, weshalb wir die Ablesung nach dieser Zeit empfehlen.

Wir wollen nun zunächst über unsere, mit 150 Liquores angestellten Benzoereaktionen in der Weise berichten, daß wir die untersuchten

[1]) Zschr. f. Neur. und Psych., 1921.

Digitized by Google

Liquores in drei Gruppen teilen: A. Solche, in denen alle sonstigen Reaktionen eventuell exklusive Pleozytose auf eine pathologische Veränderung hinwiesen, also WR, Globulin- und Goldsolreaktion, die nur in einigen Fällen mangels brauchbaren Goldsols unterbleiben mußte, positiv ausfielen: komplett positive Liquores. B. Inkomplett positive Liquores, bei denen nur ein Teil dieser Reaktionen exklusive WR auf die Möglichkeit pathologischer Veränderung hinwies. Nur in einigen dieser Fälle berechtigte das Vorliegen eines positiven Nervenbefundes oder früherer komplett positiver Liquorbefunde dazu, in diesen unausgesprochenen oder isoliert auftretenden Zell-, Eiweiß- oder Goldsol-Reaktionen sichere Zeichen pathologischer Veränderungen zu sehen. C. Durchweg negative = normale Liquores.

Gruppe A: 54 Fälle. Davon mit positivem Nervenbefund 28 Fälle. Sie gliedern sich wie folgt:

Eine sichere und zwei fragliche Paralysen mit exzessiven Benzoereaktionen. 10 ausgesprochene Tabes-Fälle: alle benzoepositiv, davon einer nur schwach (auch GSR schwach), alle anderen starke bis exzessive Reaktionen. 10 Fälle boten einen noch nicht sicher zu deutenden neurologischen Befund (Reflexdifferenz, isolierte Sensibilitätsstörungen, einseitige Lichtstarre, Obliquusparese, fehlende PSR bei durchweg jüngeren Luesfällen); alle Fälle benzoepositiv, davon 4 nur schwache Reaktionen (auch in GSR nicht +++). 2 Fälle von Lues cerebrospinalis: benzoepositiv, davon einer schwach (auch in GSR und WR). 3 Neurorezidive benzoepositiv, davon einer schwach (GSR ++). Eine Iridozyklitis bei einem Rezidivexanthem: stark benzoepositiv wie die anderen Reaktionen.

Diesen 28 benzoepositiven Fällen mit positivem neurologischem Befund stehen 27 ebenfalls im Liquor komplett positive Fälle gegenüber, bei denen die neurologische Untersuchung keine klinischen Störungen nachweisen konnte. Von diesen interessieren uns besonders 9 Fälle, in denen die Benzoereaktion im Gegensatz zu den übrigen Reaktionen negativ ausfällt, davon einer mit stark positiven Globulinreaktionen, positiver WR und 333 Zellen, 7 mit negativen oder schwach positiven Eiweißreaktionen und positiver WR, schließlich ein Exanthem mit isolierter schwacher WR. Einer dieser 8 Fälle (18 Lymphozyten, spurweise Eiweißvermehrung und schwache Liquor-WR) stand nach einer Kur, vor welcher die Punktion negative Werte mit Ausnahme spurweiser Eiweiße und schwach positiver Benzoereaktion ergeben hatte.

Wir sehen in diesem Fall einen Anhaltspunkt für die sonst schwer zu beweisende Möglichkeit, daß auch dieses, immer von derselben Stammlösung und bei derselben Temperatur in derselben Weise hergestellte Kolloidreagens eine an den verschiedenen Versuchstagen schwankende Empfindlichkeit besitzt, ohne daß es uns bis jetzt gelang, die hierfür verantwortlich zu machende Phase in der Herstellung zu ermitteln. Am ehesten müßte man an die schwankende Geschwindigkeit denken, mit welcher die Harzlösung in die Aqua destillata eintropft (jedenfalls sind wir späterhin dazu übergegangen, diese Einlaufsgeschwindigkeit nach dem Beispiel der Mastixreaktion zu normieren), oder an die verschieden lange Zeit, nach welcher die gebrauchsfertige Lösung den Verdünnungen zugesetzt wird. Nach der Originaltechnik der Benzoereaktion wird ja

Digitized by Google

auf die bei der Mastixreaktion für die Harzlösung, bei den Flockungsreaktionen des Serums für den Extrakt streng geforderte und normierte Reifungszeit verzichtet und die eben fertig gewordene Gebrauchslösung sofort zugesetzt. Es wäre nicht unmöglich, daß sich während des Zusetzens zu den Verdünnungen ihre Empfindlichkeit von Minute zu Minute änderte, was bei schwach reagierenden Liquores eine Rolle spielen könnte. Übrigens warnt uns die Erfahrung, daß auch die Liquor-WR eine gewisse Empfindlichkeitsbreite an verschiedenen Tagen zeigt, davor, aus Fällen wie dem letzten allzu weitgehende Schlüsse zu ziehen, trotz der nach der Kur aufgetretenen schwachen Pleozytose.

In allen anderen 18 Fällen fiel die Benzoereaktion positiv aus, davon zweimal bei gänzlich negativen Eiweißreaktionen. Es verdient hervorgehoben zu werden, daß eine quantitative Parallelität mit der Liquor-WR absolut nicht besteht, starke Benzoefällungen bei schwacher WR vorkommen und umgekehrt. Exzessive Ausschläge der Benzoereaktion bis ins 6.—8. Röhrchen wurden bei allen diesen jüngeren und neurologisch negativen Fällen vermißt, immer ist die Zone fehlender oder schwächerer Fällung zwischen „die luische" und die zweite unspezifische Fällungszone eingeschaltet; die rein quantitativ aufzufassende metaluische oder paralytische Fällungskurve, welche die weitaus empfindlichere GSR so häufig auch bei Liquorveränderungen der frühen Sekundärzeit liefert, erscheint bei dieser Reaktion viel eher für jene Fälle reserviert, nach denen sie benannt ist. Auch das sofortige Einsetzen starker Fällung in der 8 : 10-Verdünnung erscheint uns als ein differentialdiagnostisch für Metalues verwertbares Zeichen, weshalb wir, wie Kafka[1]) bei seiner neuen Mastixmodifikation, das Beginnen mit niedriger Verdünnung auch bei Benzoe empfehlen.

Gruppe B: 32 inkomplett positive Liquores (WR negativ). Diese Gruppe enthält unter anderem Fälle, an denen seinerzeit Kyrle, Brandt und Mras[2]) die klinische Bedeutsamkeit der GSR bewiesen, Fälle, wo deren isoliertes Persistieren ein prognostisch wichtiges Zeichen des noch nicht zur Ruhe gekommenen Prozesses darstellt. Wir übersehen 7 solche positiv gewesene und nun durch die Therapie bis auf schwache Eiweißspuren negativ gewordene Fälle. Nur 2 von diesen reagierten noch in Benzoe positiv, und zwar: 1 Neurorezidiv schwach (GSR +) und 1 Meningorezidiv stark. 2 weitere reagierten im gewöhnlichen Versuch negativ, der eine jedoch (GSR ±, Eiweiß ±) mit einer ohne Erwärmung bereiteten Benzoelösung eben erkennbar, der andere (30 Lymphozyten) bei Verdünnung des Liquors mit 0,01%ige Kochsalzlösung, aber so schwach, daß wir auf Grund dieses wie anderer Versuche kaum von einer Verfeinerung der Methode sprechen können. Letzterer Fall wurde einen Monat später im Liquor komplett positiv (WR +++). GSR unterblieben. Die 3 anderen benzoenegativen Fälle mit inkomplett positivem Liquor sind neurologisch positiv (1 mal Fazialisdifferenz, 2mal fehlende ASR); alle haben schwache Eiweiß- und mehr oder weniger starke GSR. Gesondert stehen: 1 Neuritis optica (Liquor-WR negativ, Eiweiß ±, GSR +++) reagierte mit Benzoe stark positiv; 1 Tabes (WR negativ,

[1]) D. m. W., 1921, Nr. 47. — [2]) W. kl. W., 1920, Nr. 1 u. Nr. 34.

Digitized by Google

Eiweiß ±, GSR ±) mit Benzoe schwach positiv. Von den übrigen 23 Fällen waren 4 benzoepositiv (1 mal gleichzeitig nur GSR +, in den anderen auch Eiweiß +), 19 benzoenegativ (7 davon auch in GSR, die anderen neben eventuell geringer Pleozytose und Eiweiß ± auch + bis ++ GSR).

Gruppe C: 63 negative Liquores. Die Benzoekurve zeigt im ganzen zweimal eine Einsenkung in der luischen Zone, d. h. in den ganzen 150 untersuchten Fällen tritt eine isolierte ±-Reaktion mit Benzoe nur zweimal auf. Alle übrigen waren auch in Benzoe gänzlich negativ. (Davon dreimal parallel mit GSR und Eiweißreaktion in Fällen, welche vor der Kur positiv gewesen waren, desgleichen bei einer leichten Fazialisparese, bei einer Neuritis retrobulbaris und einer Chorioiditis.

Damit erscheint uns der Beweis für die Spezifität der Reaktion erbracht. Über ihre Empfindlichkeit ließe sich zusammenfassend sagen, daß sie hinter der der GSR entschieden zurücksteht, wobei allerdings jene Fälle isolierter oder mit Eiweißspuren kombinierter schwacher GSR in Abzug zu bringen sind, in denen wir die Bedeutsamkeit der GSR nicht beweisen können. Wirkliche Versager sind die vier neurologisch erhärteten, inkompletten, offenbar abklingenden Liquorveränderungen und die neun komplett positiven Liquores der Gruppe A (also 13 unter 150 Reaktionen). Die Resultate sind übrigens besser, als sich nach den Mitteilungen der Autoren erwarten ließ, die erst von einer gewissen Stärke der Liquor-WR ein Positivwerden der Benzoereaktion beobachteten. Eine Übereinstimmung der Reaktion mit den Globulinreaktionen, wie es Porcelli[1]) betont, können wir weder quantitativ noch prinzipiell erkennen, dagegen scheint uns ein prinzipielles Parallelgehen mit der GSR trotz einiger Ausnahmen augenfällig.

Begreiflicherweise versuchten wir durch Modifikationen der Versuchsanordnung sowohl die Empfindlichkeit der Reaktion zu steigern, als auch unsere bisherigen Vorstellungen von dem Mechanismus der Kolloidreaktionen zu prüfen.

Daß bei Konzentrationssteigerung der zur Liquorverdünnung verwendeten Kochsalzlösung die Empfindlichkeit von Kolloidreaktionen bis zu einem für die verschiedenen Kolloide verschieden früh erreichten Optimum gesteigert wird, ist eine allgemein anerkannte und geläufige Tatsache. In seiner letzten Modifikation der Mastixreaktion hat ihr Kafka[2]) durch Übergehen zu 0,8%igem Kochsalz Rechnung getragen. In gemeinsam mit Brandt unternommenen Goldsolversuchen konnten wir diesen gesetzmäßigen Einfluß der Kochsalzkonzentration anschaulich darstellen, indem wir gleiche Verdünnungsreihen eines Serums oder eines Liquors mit von 0,4% absteigenden Kochsalzlösungen und schließlich mit Aqua destillata herstellten und mit Goldsol versetzten. Gegen die Aqua destillata-Reihe zu wird die Fällungskurve immer seichter, sie rückt aber auch gleichzeitig immer näher an den Beginn der Verdünnungsreihe, also gegen die stärkeren Liquor- bzw. Serumkonzentrationen heran. (Also Annäherung an den Typus der Benzoekurve.) Wenn Loewy, Brandt und Mras[3]) seinerzeit die Goldsolkurve als die Resultierende fällender und schützender Kräfte auffaßten, so bedeutet das Seichterwerden der Kurve bei sinkenden

[1]) Giorn. ital. delle mal. vener., 1921, Bd. 62, H. 5. — [2]) L. c. — [3]) Med. Kl., 1920.

Digitized by Google

Kochsalzkonzentrationen ein Schwächerwerden der fällenden, ihr Linkswandern ein schnelleres Aufhören der schützenden Wirkungen. Auf Grund dieser sowie weiterer auf die Serumflockungsreaktionen ausgedehnter und im gleichen Sinn ausgefallener Untersuchungen kommt Brandt in einer demnächst erscheinenden Arbeit zu der Anschauung, daß die Kochsalzkonzentrationssteigerung innerhalb gewisser Grenzen eine Aktivierung fällender und wie schützender Kräfte bedeutet.

Mit diesen Ergebnissen glaube ich eine Reihe von Versuchen in gewissen Zusammenhang bringen zu können, bei denen die Menge des zu Serum- und Liquorverdünnungsreihen zugesetzten Koloidreagens systematisch variiert wird. Vermindere ich beim Liquorgoldsolversuch die Menge des zugesetzten Goldsols z. B. auf 0,5 ccm (gegenüber 2,5 des Normalversuches), so verbreitert sich die Fällungszone nach rechts = gegen schwächere Verdünnungen. Stelle ich mir von einem positiven Liquor mit Aqua destillata zwei gleiche Verdünnungsreihen her und setze der einen 2,5, der anderen 0,5 Goldsol zu, so beginnt die erste Kurve mit Fällung, die sich rasch erschöpft, die andere mit Schutzwirkung, der eine länger andauernde Fällung folgt. (Unter diesen mit der der Benzoereaktion identischen Versuchsbedingungen tritt die viel höhere Empfindlichkeit des Goldsols augenfällig in Erscheinung.) Steigere ich andererseits beim Benzoeversuch die Menge der zugesetzten Benzoelösung auf das fünffache (2,5 statt 0,5 ccm), so erscheint die nunmehr mit dem Liquor erhaltene Fällungskurve gegen die des Originalversuches (0,5 Reagens) nach links verschoben, d. h. die zweite Fällungszone beginnt z. B. zwei Röhrchen früher und die erste („luische") Fällung verschwindet, so als käme sie vor den Beginn der Verdünnungsreihe zu liegen. Das gleiche zeigt sich, wenn zwei gleiche Serumverdünnungen mit 0,5 bzw. 2,5 ccm Benzoelösung versetzt werden. In beiden Reihen erscheinen zwei durch eine Zone fehlender Fällung getrennte Fällungssenkungen, aber wieder sind die der zweiten Reihe gegen die der ersten parallel nach links verschoben. Würde man die von den beiden Reihen gelieferten Kurven so übereinander legen, daß sie sich beiläufig decken, so kämen nicht jene Verdünnungen aufeinander zu liegen, in denen gleiche absolute Mengen von Serum bzw. Liquor enthalten sind, sondern jene, in denen die nach Zusatz von 0,5 bzw. 2,5 Benzoelösung entstandene Gesamtverdünnung annähernd gleich ist.

Die 2. Fällung begänne z. B. in der mit 0,5 versetzten Reihe bei 1/80 (= 1/160 Gesamtverdünnung nach Zusatz von 0,5 Reagens). Dann erscheint sie in der mit 2,5 versetzten Reihe bei 1/20 (= 1/120 Gesamtverdünnung nach Zusatz von 2,5 Reagens).

Die Verhältnisse bei diesen, die Menge der zugesetzten Benzoelösung variierenden Versuchen sind sicher nicht so einfach, daß es anginge, die Ergebnisse auf bloße Veränderungen des Kochsalzmilieus zu beziehen. Immerhin wird man geneigt, diesem Faktor auch hier eine recht wesentliche Rolle zuzuschreiben. Das gesetzmäßige Linkswandern des Fällungsbildes bei Erhöhung der zugesetzten Reagensmenge erlaubt, ungeachtet der noch ausständigen Erklärung, den Schluß, daß ein Herabgehen unter die von der Originaltechnik vorgeschriebene Benzoemenge das Reaktionsbild in die übliche Verdünnungsreihe weiter „hereinschieben" und ver-

Digitized by Google

deutlichen würde. Wir haben früher gesehen, daß gerade das verschieden rapide Einsetzen der luischen Fällung von differentialdiagnostischer Wichtigkeit zu sein scheint und hätten ein Interesse daran, die im Normalversuch meist eben noch erkennbare Schutzwirkung zu Beginn der Kurve deutlicher darzustellen. Praktisch stößt eine solche Modifikation auf Schwierigkeiten, indem bereits Verminderung des Benzoezusatzes auf 0,25 ccm die Ablesung der Resultate erschwert. Blieb uns also noch der zweite Weg, im Sinne der früheren Ausführungen das Kochsalzmilieu zu verstärken. Nun erhielten wir aber bereits bei Verwendung von 0,04 % eine leichte Entmischung unserer Benzoelösung und unscharfe Kurven. 0,1—0,3 promille unterschieden sich jedoch in ihrer verstärkenden Wirkung wenig voneinander und die mit ihnen erhaltenen Kurven in einem praktisch bedeutungslosen Grade von der des Aqua destillata-Versuches. (Evident vertieft war bei jenen nur die zweite = unspezifische Fällung.) Diese hohe Salzempfindlichkeit unserer Benzoelösung ist zweifellos ein Nachteil, indem sie das Arbeiten unter, von den optimalen sicher weit entfernten Bedingungen verlangt.

Besonderes Interesse verdient auch bei der Benzoereaktion die schon von der Mastixreaktion her bekannte Erscheinung einer zweiten Fällungszone. Sie ist in jeder Serum-Benzoekurve deutlich vorhanden und in den Benzoekurven auch normaler Liquores in verschiedenstem Grade ausgebildet. Bei Zusatz größerer Benzoemengen tritt diese Fällung in stärkst getroffenen Röhrchen bereits nach 10 Minuten als grobe Niederschlagsbildung auf. Auch von ihr gilt, was Kafka bezüglich der ihr ähnlichen zweiten Mastixfällung bemerkt, daß ihr Vorhandensein dann störend empfunden wird, wenn meningitische Ausschläge in der betreffenden Verdünnungszone erwartet werden. Eine Erklärung dieser zweiten Fällung stößt auch bei der Benzoereaktion auf Schwierigkeiten. Bei der Mastixreaktion sieht Eskuchen[1]) in der fällungslosen Zwischenzone den Ausdruck einer Schutzwirkung, die in der nachfolgenden Zone der Fällung „durch das Zusammenwirken von Salz und Eiweiß unterbrochen wird". So unabweislich auch uns die Annahme einer Schutzwirkung für die fällungslose Zwischenzone der Benzoereaktion erscheint, so wenig fühlen wir uns gerade bei dieser Reaktion berechtigt, für die nachfolgende Fällung noch Salzwirkungen verantwortlich zu machen, weil bei dem Verdünnen mit Aqua destillata der nur vom Liquor stammende Elektrolytgehalt in diesen Verdünnungen minimal ist. (Tausendstel Promille und darunter.) In dieser durch die Benzoereaktion gegebenen Einengung der Erklärungsmöglichkeiten erblicken wir einen zweifellosen Fortschritt, in der Reaktion selbst eine Methode, mit deren Hilfe ein weiteres experimentelles Angehen dieser Frage aussichtsreich erscheint.

[1]) Urban und Schwarzenberg, Wien 1919.

Digitized by Google

Über einen Fall von Rasierschanker.

Von

Dr. Hans Helle, Facharzt für Hautkrankheiten in Bochum.

Trotz der großen Verbreitung der Lues beanspruchen extragenitale Primäraffekte und unter diesen wieder die Lues insontium nach wie vor besonderes Interesse. Unter den zahlreichen Infektionsmöglichkeiten ist glücklicherweise die durch Rasieren bedingte eine recht seltene. Ich möchte mir deshalb gestatten, einen einwandfreien diesbezüglichen Fall hier näher zu schildern.

E., 29 Jahre, kommt am 14. Januar in meine Behandlung mit einem „Geschwür" am Kinn, das nicht heilen wolle. Er sei Mitte Dezember beim Rasieren geschnitten worden, die kleine Wunde hätte sich allmählich vergrößert und zu einem schmerzlosen „Knoten" unter dem Kinn geführt. Seit gestern auch noch „Flecken" am Körper. Angeblich nie haut- oder geschlechtskrank.

Großer, gesunder, gut genährter Mann. Auf der Spitze des Kinnes, die stark vorgetrieben erscheint, eine zehnpfennigstückgroße, hartumrandete, nässende Erosion; Spirochäten +++. Submentale Drüse gänseeigroß, bretthart, indolent. Makromakulöses Exanthem auf Rumpf, Gliedmaßen und Gesicht, Papeln in den Handflächen.

Der Verlauf bietet nichts Besonderes. Starke Herxheimersche Reaktion nach der ersten Neosalvarsaninjektion, rapider Rückgang der Erscheinungen mit jeder Spritze. WR +++, SGR +++ inmitten der Kur, WR —, SGR ± kurz vor Beendigung derselben.

Rücklaufkonus für Harnröhrenspülung.

Von

Dr. J. R. Thim in Wien.

Mit 1 Abbildung im Text.

Die Mängel der Spülung nach Janet mittels Irrigator sind zur Genüge bekannt. Man kann zwar den Druck durch höhere oder niedrigere Einstellung des Irrigators regulieren, doch ohne jedwede Kontrolle der ausgelösten Spannung. Dieser Nachteil wurde durch die Verwendung der großen Janet-Spritze und verschieden gestalteter Ansätze aus Hartgummi oder Glas vermieden, indem die durch die Einspritzung ausgelöste Spannung durch die den Penis haltenden Finger deutlich zu fühlen ist. Als geeignetste Ansatzform für die Mehrzahl der Fälle wurde die konische befunden.

Sowohl J. Schäffer (Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten, S. 327) und Cohn (Urologisches Praktikum) und andere Fachärzte bevorzugen infolgedessen die Ausspülung der vorderen, bzw. der ganzen Harnröhre mittels der Janet-Spritze und Konusansätze, aus dem einfachen Grunde, weil man den Druck und die Spannung der Harnröhre jeden Moment graduieren kann, d. h. jederzeit ist eine individuelle Anpassung möglich, indem man die Spannung mit den Fingerkuppen deutlich fühlt.

Für die Durchführung einer Behandlung der hinteren Harnröhre und Blase ohne Einführung eines Instrumentes ist der bisherige Konus-

Digitized by Google

ansatz vollkommen geeignet; will man aber nur die vordere Harnröhre ausspülen, so muß man den Konus etwas schwächer an die Harnröhrenmündung andrücken, damit die Spülflüssigkeit neben dem Konus abfließen kann.

Dieses hat aber seine Nachteile, weil die Flüssigkeit seitwärts herausspritzt und die Kleidung sowohl des Patienten als auch des Arztes befleckt; um dieses zu verhüten, konstruierte ich einen Rücklaufkonus für die Ausspülung der vorderen Harnröhre, durch welchen eine reine Manipulation ermöglicht wird.

Der Rücklaufkonus ist eine Kombination eines gewöhnlichen konischen Ansatzes mit einem doppelläufigen Harnröhrenspüler. Die Dichtung kann mittels eines Gummiringes (ein Stückchen eines Gummischlauches) an dem Metallansatze der Janet-Spritze vollkommen erreicht werden; auch soll man die Injektionsflüssigkeit mit dem angesetzten Rücklaufkonus aufsaugen, um so die Luftansammlung zu vermeiden.

Der Rücklaufkonus ist bei B. Braun in Melsungen (Hessen-Nassau) erhältlich.

Alfred Blaschko.

Am 26. März starb an den Folgen eines Unterleibsleidens, das man vergeblich zu operieren versucht hatte, ein Jahr nach der Operation Alfred Blaschko, der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Blaschko war 1858 in Freienwalde geboren, nach Ablegung des Staatsexamens am Stadtkrankenhaus in Stettin chirurgischer Assistent und hatte sich dann 1883 in Berlin als praktischer Arzt niedergelassen. Aus den ersten Jahren dieser Zeit stammen eine ganze Reihe wissenschaftlicher Arbeiten, insbesondere über die Anatomie und Physiologie der Oberhaut, die zum großen Teil aus seiner stark besuchten Poliklinik hervorgegangen sind. Blaschko war ein Autodidakt im reinsten Sinne und hatte sich aus Neigung von der praktischen Medizin der Dermatologie zugewendet. Was Blaschko auf diesem Gebiete geleistet hat, ist erstaunlich und zeigt, was ein Mann mit außergewöhnlicher, glänzender Beobachtungsgabe und eisernem Fleiß auch als Autodidakt auf einem Gebiete hervorbringen kann. In diese Zeit fallen seine Arbeiten über die Gewerbekrankheiten, über die Siderosis der Müller, über das Galvanisierekzem, die Erkrankung der Anilinarbeiter u. a. m. Es gibt fast kein Gebiet der Dermatologie und Syphilidologie, auf dem Blaschko nicht in dieser Zeit gearbeitet hätte, auf welchem er sich nicht publizistisch oder durch Vorträge in den Berliner Medizinischen oder den Deutschen Dermatologischen Gesellschaften betätigt hätte. Im Jahre 1897 kam seine Reise nach Memel, seine Arbeit über Lepra, und auf dem Leprakongreß in Berlin in demselben Jahre trug er die Ergebnisse seiner Forschungen und die Forderungen aus denselben unter allgemeinem Beifall vor.

Seit Beginn dieses Jahrhunderts hatte sich Blaschko immer mehr der Sozialhygiene und der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zugewendet. Er wurde mit Neisser Begründer der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die er nach dessen Tode allein rühmlichst leitete. Aus dieser Zeit stammen eine ganze Reihe praktischer Arbeiten auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten. Er hat fast alle neuen Entdeckungen nachgeprüft und mit einführen helfen, ganz besonders hat er sich in den letzten Jahren noch für die Abortivbehandlung des Trippers nach seiner Methode eingesetzt. Vor allem aber lag ihm, wie bereits erwähnt, die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und die soziale Hygiene am Herzen, und in einer Anzahl

Digitized by Google

statistischer und sozialhygienischer Arbeiten über den Geburtenrückgang bei Geschlechtskrankheiten, über den Einfluß der Syphilis auf die Lebensdauer u. a. m. hat er sich schriftstellerisch betätigt. Neben diesen kleineren Arbeiten hat er in Weyls Handbuch der Hygiene diese ganzen Fragen eingehend besprochen und in der zweiten Auflage, die erst vor kurzem erschienen ist, in ganz moderner Form bearbeitet. Das Kapitel über Prostitution im großen Handbuch der Staatswissenschaften stammt ebenfalls aus seiner Feder. Noch bis in die letzten Tage vor seinem Tode war er schriftstellerisch tätig. Seine letzte kleine Schrift, „Zwanzig Ratschläge für junge Männer", hat er, man kann wirklich sagen mit seinem Herzblut geschrieben.

Hervorragend war das Wirken Blaschkos als Führer und Organisator im stillen und in der Öffentlichkeit. Es hat ihn schmerzlich berührt, daß er die Annahme des neuen Gesetzentwurfes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, dessen eigentlicher Vater er ist, nicht mehr mit erleben konnte. Neben dieser Tätigkeit als Leiter der D. G. B. G., die er vorbildlich ausführte, war er Herausgeber der „Mitteilungen" und der Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, kurz, er hat in seinem Leben eine Arbeit geleistet wie wenige andere, und man muß nur beklagen, daß diesem hervorragenden Arzt und Lehrer niemals eine größere Lehrtätigkeit ermöglicht wurde, denn er hätte sicher als akademischer Lehrer Hervorragendes geleistet. Sein Tod ist für die D. G. B. G. ein schwerer, kaum ersetzlicher Verlust.

Mit Blaschko verliert die Wissenschaft einen ausgezeichneten medizinischen Schriftsteller, die Kranken einen gütigen Arzt, der ihnen nicht nur ein reiches ärztliches Können, sondern auch ein gutes, mitfühlendes Herz entgegenbrachte, wir Ärzte in Deutschland aber in ihm einen Führer, wie er sich nur selten findet, einen Mann von rastlosem Fleiß und eiserner Energie, begabt mit einer Rednergabe, die sich gleich glänzend bewährte in der Volksversammlung wie im Kreise der Wissenschaftler. Sein Andenken wird bei uns unvergessen bleiben. E. Galewsky-Dresden.

Versammlungen.

3. Tagung mitteldeutscher Dermatologen.

Halle a. S., 22. Januar 1922.

Vorsitzender: Grouven. Schriftführer: Peters.

Aus der Dermatologischen Klinik Halle a. S.

Grouven demonstriert:

1. Einen Fall von **Boeckschem Sarkoid.** Vor 1 Jahr gleiche Affektion auf beiden Wangen, durch Röntgenbestrahlung geheilt. Seit 7 Monaten Rezidiv auf der rechten Wange, talergroßes, derbes, subkutanes Infiltrat mit livider, zentral leicht eingesunkener, glatter Oberfläche. Deutliche Lokalreaktion auf Alttuberkulin. Unter Alttuberkulin und Röntgen sichtbare Besserung.

Lennhoff-Magdeburg glaubt, daß der positive Ausfall der Tuberkulinreaktion nicht im Sinne eines Boeckschen Sarkoids zu verwerten sei.

Grouven: Der verschiedene Ausfall der Alttuberkulinreaktion läßt fragen, ob nicht neben der Tuberkulose noch andere Momente in Frage kommen.

2. Zwei Fälle von **Pemphigus conjunctivae** mit Bindehautschrumpfung. In einem Falle isolierte Erkrankung der Konjunktiva, im anderen wiederholte Blaseneruptionen auch an der Mundschleimhaut und der äußeren Haut. Bisherige verschiedenartige Therapie erfolglos, einschließlich Salvarsan, das sich in anderen Fällen von schwerstem Pemphigus (Pemph. foliaceus) glänzend bewährte. Symptomfreiheit in einem Fall nach über 10 Jahren.

3. Fall von **Angiokeratom** bei einem jungen Mädchen mit gleichzeitig bestehendem Erythema induratum, erstere, auch anatomisch erhärtete Erkrankung an den Händen, besteht seit 2—3 Jahren; Congelatio zur Zeit deutlich vorhanden. Seit 3 Monaten am linken Unterschenkel die kaum zweifelhaften, lividrot gefärbten Erscheinungen eines Erythema induratum, die sich auf große Dosen von Alttuberkulin (25 mg) zurückzubilden beginnen. Aussehen und Dauer der Erkrankung spricht hier gegen die Annahme von Frostbeulen. Lokale Reaktion auf Alttuberkulin war weder hier noch bei den Erscheinungen des Angiokeratoms bemerkbar.

Digitized by Google

Grouven berichtet anschließend über einen anderen Fall seiner Beobachtung, disseminierte angiokeratotische Flecken an beiden Armen, die akut bei einer Erwachsenen auftraten, lokal auf Alttuberkulin reagierten und Rückbildung zeigten. Derartige naviforme Fälle, analog dem von ihm auf dem Berner Kongreß der Deutschen Derm. Ges. demonstrierten Falle, sind inzwischen auch andererseits beschrieben worden. Der nachweisbare Zusammenhang mit Erfrierungen scheint nicht immer vorhanden zu sein.

Zausch demonstriert einen 50jähr. Pat. mit **Erythema induratum.** Am linken Ellenbogen zwei derb infiltrierte, verschiebliche Knoten, von roter Farbe, allmählich in die Umgebung übergehend; der gesamte Krankheitsherd etwa handflächengroß. Rötung vor 2 Jahren entstanden, Knotenbildung vor 1 Jahr ohne subjektive Beschwerden. Ein ähnlicher, talergroßer Herd entstand vor etwa 6 Wochen am linken Handrücken. Auffallend ist eine an beiden Händen bestehende leichte Atrophie. Injektion von Alttuberkulin zeigte positives Resultat und Rückbildung.

Friboes-Rostock hält das klinische Bild für Dermatitis atrophicans.

Peters zeigt:

1. Einen 66jähr. Pat. mit **Pityriasis rubra pilaris,** seit März 1920 bestehend. Follikuläre Knötchen von grauweißer bis rötlichbrauner Farbe auf den Streckseiten der Unterarme, Hand- und Fingerrücken sowie unterhalb des linken Knies. Hyperkeratotische Prozesse auf dem Kopfe, Schwielen der Handteller. Die charakteristischen Symptome zeigten sich in voller Deutlichkeit nach kurzer Psoriasisbehandlung, als die die Affektion zuerst angesprochen worden war. Die Symmetrie, die schwere Beeinflußbarkeit, der Juckreiz und die erwähnten typischen Veränderungen machten die Diagnose leicht. Mit Alttuberkulin weder Reaktion noch Erfolg. Auf Arsen, Cignolin und Röntgen Besserung.

Lennhoff-Magdeburg empfiehlt histologische Untersuchung.

2. Einen 36jähr. Pat. mit abgeheilter **Pityriasis rubra.** Die Affektion, die vor $1^1/_2$ Jahren auftrat, entwickelte sich allmählich zu universeller Rötung mit feiner Schuppung; Effloreszenzmorphen nie vorhanden. Man konnte an exfoliierende Erythrodermie denken. WR —. Außerordentliche Reizbarkeit der Haut und hartnäckige Resistenz den verschiedenartigsten therapeutischen Maßnahmen gegenüber. Drüsenschwellungen besonders in inguine veranlaßten zu subkutanen Alttuberkulininjektionen. Deutliche Herd- und Allgemeinreaktion; auf große Dosen (30 mg und mehr) starke Reaktion und rasche Besserung bis zur vollkommenen Heilung. Obwohl das Allgemeinbefinden relativ gut und keine Atrophie vorhanden war, mußte das Krankheitsbild als Pityriasis rubra Hebrae, und zwar als das Anfangsstadium, aufgefaßt werden.

Frühwald-Leipzig bemerkt, daß man sich mit der Diagnose Pityriasis rubra auf ein ganz bestimmtes, von Hebra beschriebenes Krankheitsbild festlege, das zu Atrophie der Haut und zum Tode führe. Deshalb wäre es in diesem Falle besser, die umfassendere Diagnose Erythrodermia exfoliativa zu stellen.

3. Einen Fall von **Sclerodermie en plaques** bei einem 13jähr. Mädchen. Seit $1^1/_2$ Jahren bestehend; zwei rundliche, flache, derbe Herde auf der Streckseite des Oberschenkels, haarlos, von perlmutterartiger bis wachsähnlicher Farbe, von violetter Zone umgeben. Massage, Dunstumschläge mit Pepsin und Kaseosan führten zum Weicherwerden. Das Fehlen von Abbauprodukten im Blute widersprach in diesem Falle einem Zusammenhang des Leidens mit der gleichzeitig bestehenden Struma.

Sowade demonstriert:

1. **Psoriasis** der Glans penis, isolierte **Psoriasiseffloreszenz.** 30jähr. Pat., der mehrere Male an Blennorrhoe gelitten. Im August 1921 entwickelte sich auf der Glans ein Knötchen, allmählich zu einer pfenniggroßen, flächenhaften Papel heranwachsend, schuppend. Eine frische luetische Infektion mußte ausgeschlossen werden, weil Pat. seit 8 Monaten keine Gelegenheit zu Geschlechtsverkehr haben konnte. Nennenswerte Drüsenschwellung war nicht nachweisbar, WR —. 4 Wochen später war die Papel größer und zeigte großlamellöse Abschuppung. Haut und Schleimhäute frei. WR abermals —. Pat. erhielt Embarininjektionen und eine Neosalvarsaninfusion. Anfangs schien das Krankheitsbild zurückzugehen, jetzt macht es nicht mehr den Eindruck. Heute auf der Glans ein markstückgroßes, großlamellös schuppendes Infiltrat; die Schuppen haften ziemlich fest auf der Unterlage. Keine Drüsenschwellung. Die Affektion läßt sich nur als isolierter, erster und vorläufig einziger Psoriasisherd deuten. Ein blutsverwandter Onkel des Pat. leidet an Psoriasis.

2. Eine 46jähr. Ehefrau mit **neurotischem Ekzem** im Gebiet des 3. Zervikal- bis 4. Dorsalsegments. Als Kind Gelenkrheumatismus mit Endokarditis und Veitstanz.

Digitized by Google

1915 Ziehen im rechten Arm, daselbst zosterartige Bläschen, die nach 3 Monaten schwanden. Februar 1921 in der rechten Schlüsselbeingegend, dann auf der Außenseite des rechten Ober- und Streckseite des rechten Unterarms ein Hautausschlag. Seitdem sind die ersten drei Finger der rechten Hand ganz taub. Die Hautveränderungen entsprechen dem Bilde des reinen Ekzems, zeigen verschiedene Größe, verhältnismäßig scharfe Begrenzung, nässen zeitweilig, um dann an denselben Stellen in den klassischen Stadien wieder zur Entwicklung zu kommen. Keine motorische, keine Reflex-, aber ausgedehnte Sensibilitätsstörungen. Größtenteils Analgesie, stellenweise Hypalgesie an rechtem Arm und rechter oberer Brust- und Rückenhälfte, etwa dem 3. Zervikal- bis 4. Dorsalsegment entsprechend. Temperaturunterschiede werden an der rechten Hand nicht wahrgenommen. In letzter Zeit ziehende Schmerzen im linken Arm; seitdem ein Ekzemherd auch über der linken Schulter aufgetreten. Die neurotische Entstehung von Ekzemen gilt als hypothetisch. Bettmann hat eine ekzemähnliche, zosterähnliche Erkrankung bei einer Hysterika beobachtet, während Sensibilitätsstörungen im analogen Ausbreitungsgebiet auf eine Läsion in den hinteren Wurzelgebieten des Zervikalmarks hinwiesen.

Fribobs-Rostock empfiehlt histologische Untersuchung.

Mennicke demonstriert:

1. Ein 12jähr. Kind mit **Pityriasis lichenoides.** Seit Kindheit bestehender, an Intensität wechselnder Ausschlag am ganzen Körper. An Gesicht, Stamm und Extremitäten kleine lachsfarbene Papeln mit in toto ablösbaren, deckelartigen Schuppen. Nach 2%iger Salizylvaseline, Solarson und Höhensonne Besserung.

2. Ein 16 Jahre altes Mädchen mit **Dermatitis herpetiformis.** Seit März 1920 mit typischen Erscheinungen im Gesicht und an den Unterarmen, in Behandlung mit 2%iger Tumenolsalbe und 8 Salvarsaninjektionen; Besserung. Im August wieder stärkere Erscheinungen. Nach 7 Salvarsaninjektionen fast Abheilung. Jetzt nur noch Spuren im Gesicht und am rechten Unterarm.

Frühwald-Leipzig demonstriert zwei **Kaninchen mit sekundärer Syphilis.** Beide waren an demselben Tage mit spirochätenhaltigem Material intratestikulär geimpft worden und hatten 7 bzw. 9 Wochen nachher zirkumskripte Orchitis bekommen. Bei dem einen trat nach 19 Wochen eine Keratitis parenchymatosa auf, nach deren Abheilung sich umschriebene Depigmentierung der Iris zeigte. 1 Jahr nach der Infektion trat eine spirochätenhaltige Papel am Präputium auf. Das andere Kaninchen bekam 40 Wochen nach der Impfung zirzinäre Papeln am Präputium und Anus. Ferner zeigt Frühwald ein Kaninchenweibchen, das mit einem Bocke, der sekundärsyphilitische Papeln am Genitale hatte, zusammensaß. 6 Monate nachher traten um die Vulva seichte, spirochätenhaltige, braunrote Erosionen auf. Es war also die Syphilis auf geschlechtlichem Wege übertragen worden. Da an den Versuchstieren des Vortr. die originäre Kaninchensyphilis noch nicht beobachtet wurde, ist sie in diesen Fällen abzulehnen.

Oelze-Leipzig: Die Unterscheidung ähnlicher Spirochäten ist auch im Dunkelfeld, z. T. wegen des schwachen Auflösungsvermögens, recht unsicher. Dagegen scheint die von ihm durchgeführte mikroskopisch-statistische Reihenmessung erfolgversprechend. Es lassen sich auf diesem Wege sogar Unterschiede von Spirochaeta pallida von Lues I gegenüber Lues II kurvenmäßig darstellen. Die spontane Kaninchenspirochätose ist als wichtige, schwer eliminierbare Fehlerquelle immer in Rechnung zu ziehen.

Lennhoff-Magdeburg demonstriert **neue Spirochätenfärbungen** an Objektträgerausstrichen. Ein Teil der Färbungen zeigt mehr Körnchen im Leib von Spirochäten, als bei den bisherigen Methoden dargestellt wurden. Bei einem anderen Teil der Färbungen werden Körnchen in einer Kontrastfarbe zum Leib der Spirochaeta pallida dargestellt. Allen Methoden gemeinsam ist Behandlung mit einem Gemisch von Tannin und Oxalsäure und nachher mit Eisenchlorid. Eine Deutung dieser Befunde wird nicht gegeben, ausdrücklich werden Rückschlüsse aus diesen an fixierten, gebeizten und gefärbten Objekten gewonnenen Bildern auf die vitale Struktur der Spirochäten abgelehnt.

Lück-Halle a. S.: **Nach welchen Grundsätzen ist die menschliche Syphilis zu behandeln?**

Neuendorff-Halle: **Über Neosilbersalvarsan.** Es zeigte bei 626 Einspritzungen teils allein, teils in einzeitiger Verbindung mit Cyarsal oder Novasurol gute Wirksamkeit. Serologisch versagte es in 50% der Fälle bei länger bestehender unvorbehandelter Syphilis II. Fünfmal schwere Nebenerscheinungen, sowie einmal Exanthem und zweimal Ikterus.

Digitized by Google

Krebs-Leipzig: **Neosilbersalvarsan und seine einzeitige Verwendung mit Novasurol.** In 200 Fällen mit etwa 3000 Injektionen so gute Erfolge wie bei keinem der früheren Präparate und bei keiner anderen Kombination von Salvarsan und Quecksilber. Verträglichkeit ausgezeichnet, auffallenderweise aber nur bis Dosis 0,4.

Wolfheim-Erfurt beklagt die unangenehmen Nebenerscheinungen nach Neosalvarsan-Cyarsal-Mischinjektionen. Neosilbersalvarsan stellt eine Bereicherung der Salvarsantherapie dar.

Neuendorff-Halle a. S. führt die Zufälle auf Fabrikationsfehler zurück.

Lever-Erfurt: Neosalvarsan und Cyarsal als Mischinjektion liefert die besten Erfolge, besonders, da kaum Nebenerscheinungen dabei auftreten. Die meisten Fälle eignen sich für die Behandlungsart, wenn auch einige schwere Fälle besser mit Merzinol behandelt werden.

Hayn-Plauen hat Neosilbersalvarsannatrium allein bei primärer Lues, in Mischspritzen mit Cyarsal in den übrigen Fällen angewandt. In einem Falle unangenehme Nebenerscheinungen, es war offenbar das Mittel bereits im Röhrchen zersetzt. Klinische Erfolge gut, die Dauererfolge scheinen denen der kombinierten Kuren nachzustehen. Die Mischspritzen sind ein Fortschritt in den Bestrebungen, die Kur für den Pat. beschwerdelos zu gestalten, ein Rückschritt hinsichtlich der Dauerresultate.

Lennhoff-Magdeburg: Die leicht löslichen Hg-Präparate sind weniger wirksam als die schwer löslichen; er kann sich zu den Mischspritzen noch nicht bekennen und fürchtet ein Oxydieren des Salvarsans durch Cyarsal.

Oelze-Leipzig: Die Umsetzungen von Salvarsan und $HgCl_2$ sind von Binz und Bauer ermittelt. Die Berechnung ergibt, daß bei der Cyarsalmischspritze nur ganz unbedeutende Mengen Salvarsan verbraucht werden. Wenn trotz sehr guter Verträglichkeit vieler tausend Injektionen einige Nebenerscheinungen auftreten, so kann wohl der Grund nicht in dem entstehenden Hg-Kolloid gesucht werden. Bei der WR treten allerdings, namentlich bei kleinem Material, Verschiedenheiten im Resultat auf, das ist aber auch bei anderen Methoden der Fall (Einfluß veränderter Ernährung des Tiermaterials auf die WR?). Bis jetzt hat die Mischspritze in der praktischen Syphilisbekämpfung Gutes geleistet, sollte das in der Folge nicht der Fall sein, so muß man neue Methoden suchen.

Nagel: **Über Versuche mit intravenösen Mischinjektionen mit Neosalvarsan-Cyarsal.** (Aus der Derm. Klinik Halle a. S.) Der Hauptwert wurde auf Erprobung der Dauerwirkung gelegt. Es wurden deshalb nur frische Lues-II-Fälle mit vierfach positiver WR behandelt, und zwar 23 Männer und 16 Frauen. Die Pat. erhielten durchschnittlich 5—6 g Neosalvarsan und 0,2—0,3 g Cyarsal. Zum Vergleich wurde eine gleiche Anzahl Pat. mit frischer Lues II mit der zweizeitig kombinierten Hg-Salvarsankur behandelt. Diese erhielten insgesamt je 12 intramuskuläre Hg-salicyl.-0,1-Injektionen und 3—4 g Neosalvarsan. Nebenerscheinungen waren nicht vorhanden, Fieber und Kopfschmerzen gingen nicht über das übliche Maß bei seinen Salvarsaninjektionen hinaus. Der angioneurotische Symptomenkomplex ließ sich durch langsame Injektionen vermeiden. Die klinischen Erscheinungen gingen etwas langsamer zurück als bei der zweizeitig kombinierten Hg-Salvarsankur, besonders Drüsenschwellungen. Die WR wurde regelmäßig nach 3—4 Injektionen angestellt. Die mit Mischinjektionen Behandelten seien mit I, die mit zweizeitig kombinierter Kur Behandelten mit II bezeichnet. Das Resultat der WR war nach Beendigung der Kur bei I in 30,6%, bei II in 15,3% noch positiv. Gänzlich unbeeinflußt war die WR bei I in 12,7%, bei II in 0% der Fälle. Bei Nachkontrolle nach 8—12 Wochen bei I in 44,5%, bei II in 21.8% ein positives Resultat. Also bei I = 13,9%, bei II = 6,5% serologische Rückfälle. Das Cyarsal ist demnach zwar als Mischinjektions-Hg-Präparat das empfehlenswerteste, aber es erscheint fraglich, ob die einzeitig kombinierte der zweizeitig kombinierten Behandlung vorzuziehen ist, was nach obigem in bezug auf WR sicher nicht der Fall ist.

Hayn-Plauen: **Über Tonsillenschanker.** Vortr. hat zwei kleine Endemien tonsillär übertragener Lues (8 Fälle) verfolgen können und hält den Tonsillarschanker für den häufigsten extragenitalen Primäraffekt. Er hat unter 26 extragenitalen Infektionen 20 tonsilläre gesehen. Gefährlich sind hinsichtlich Übertragung der Lues die kongenital syphilitischen Säuglinge mit Munderscheinungen (Päppeln der Kinder!). Die Infektion geschieht meist durch den Schluckakt. Daher ist fast stets die linke Tonsille Sitz des Primäraffekts, indem beim Schluckakt wegen des Verlaufs des Ösophagus Partikelchen mit Virus in die linke Tonsille hineingepreßt werden können. Da das klinische Bild des Tonsillarschankers sehr wechselnd ist, und auch bei Anginen Drüsenschwellungen

Digitized by Google

vorkommen, muß bei Fehlen der positiven WR und des Exanthems die Diagnose durch Spirochätennachweis erhärtet werden. Prognose nicht günstig, weil der Tonsillarschanker in der Regel erst erkannt wird, wenn es bereits zu Überschwemmung des Kopfes und der Meningen mit Spirochäten gekommen ist, daher ausgesprochene Neigung zu Neurorezidiven: 3 Fälle von Meningitis, 1 Fall von Okulomotoriuslähmung, 1 Fall von rezidivierender Iritis trotz guter kombinierter Kur. Es muß deshalb die erste Kur möglichst intensiv sein, und wegen Gefahr des Neurorezidivs die zweite Kur bald folgen.

Callomon-Dessau demonstriert einen 49jähr. Mann mit symmetrischer **Keratodermie der Handteller und Fußsohlen.** Beginn Herbst 1914, nach Einberufung als Soldat. Chronische Entwicklung herdweise verstreuter Verhornungen, die sich aus weißlichen, intradermalen, transparenten Primäreffloreszenzen zu größeren, gelblichen Hornplaques und flächenhaft konfluierten, harten, mit gelben bis schwärzlichen Hornkegeln besetzten Schwielen, besonders an den mechanischer Reizung exponierten Stellen, entwickelten. Augenfällig ist die Neigung zu zentralen Einsenkungen und Dellen, an den mehr diffus verhornten Fingerspitzen zu zahllosen punktförmigen, wie gestichelten Vertiefungen. An Fersen und Zehenballen starre, das Gehen sehr schmerzhaft machende Hornpanzer. Fingernägel und übriger Körper frei; nirgends entzündliche Erscheinungen, keine erythematösen Höfe. Therapie (auch Röntgen) nur vorübergehend wirksam. Blennorrhoe und Lues auszuschließen, WR —, nie Arsen. Genodermatose nicht wahrscheinlich, dagegen wohl in enger Beziehung zu Buschkes und Fischers Keratodermia maculosa disseminata symmetrica. Gutachtlich Schwierigkeiten hinsichtlich Frage der Kriegsbeschädigung.

Grouven-Halle a. S.: Mit neuen Namen kommen wir nicht weiter. Wesentlich ist, ob die Erkrankung kongenital oder erworben ist, und ob, wenn erworben, an Entzündungsprozesse sich anschließend. Die K.-D.-B.-Frage ist nicht klar zu beantworten, doch ist anzunehmen, daß die Verhältnisse des Krieges verschlimmernd gewirkt haben.

Oelze-Leipzig: **Zystoskopsonden.** Die Sonden ahmen in der Form ein Zystoskop im vorderen Teil nach. Auf den Handgriff der Sonden kann eine Mattscheibe aufgeschraubt werden, die dem Okularteil des Zystoskops gleicht. Ähnliche Sonden auch für das Posterior-Urethroskop. Bei Gelegenheit der „Reizsonden" kann der Praktiker auch ohne persönlichen Unterricht die Einführung endoskopischer Instrumente einüben. Schonung der optischen Instrumente, wenn es sich lediglich um eine Durchgängigkeitsprüfung handelt.

Kiess-Leipzig bespricht zuerst eine **Skabiesbehandlung,** die in Benzinabreibung mit nachfolgender einmaliger Einreibung mit 20%iger Benzin- bzw. Benzolvaseline besteht. Seine Nachprüfungen ergaben ein völliges Versagen dieser Methode auch bei ein- und zweimaliger Nachreibung mit der Salbe in 1—½stündigen Pausen. Dagegen lieferte dieselbe Behandlungsweise mit Mitigal ausgezeichnete Resultate. Nach Einreibung am Abend Entlassung am nächsten Morgen nach Bad. Bei Impetigines vorherige Entfernung der Krusten usw. mit Benzin. Als Nachbehandlung 1—2 Tage Puder, Zinkpaste und weiße Präzipitatsalbe.

Baum-Marienbad berichtet über:

1. **Urtikaria** im Klimakterium; nach erfolgloser, anderweitig auch organotherapeutischer Behandlung Heilung nach Venaepunktion (50 ccm in zwei Sitzungen innerhalb 48 Stunden).

2. **Neurodermatitis** einseitig im Gebiete der Interkostalnerven mit auffallender dunkelschwarzer Pigmentierung; vermutlich Arsenpigmentation.

Fachzeitschriften.

Česká Dermatologie.

1921, Bd. 3, Nr. 3.

Zur Frage der Neurodermitiden, von Jaroslav Bukovský-Prag. (Fortsetzung folgt.)

Dermatitis exfoliativa universalis nach antiluetischer Neosalvarsanbehandlung, von R. Šrámek-Kaschau. (Schluß folgt.)

Alopecia areata thyreogenes, von Karl Gawalowski-Prag. (Schluß zu Nr. 2.)

In der Klinik Šamberger wurde in der letzten Zeit dem genannten Leiden eine größere Aufmerksamkeit gewidmet. Aus der Anamnese konnten keine Schlüsse auf

Digitized by Google

die Ätiologie gezogen werden, obwohl die Gelegenheit zu Verletzungen und psychischen Traumen während des Krieges wertvolle Anhaltspunkte versprach. Auch epidemiologisch wurde nichts Wesentliches konstatiert. Die Heilerfolge mit 1% Veratrinsalbe, 1‰ wäßriger Sublimatlösung waren befriedigend. Die besten Erfolge gab die Phototherapie. Im Jahre 1919 kamen 4 Fälle zur Behandlung, die jeder Therapie trotzten; bei 2 handelte es sich auch um sexuell-neurasthenische Störungen und dieser Umstand führte zur Ofotherapie, und zwar mit Erfolg.

Die Ansicht von Lévi und Rothschild, daß der Hypothyreoidismus nicht eine Ursache der Alopezie sei, kann der Verf. nicht bestätigen; vielmehr erblickt er in der Alopezie ein Syndrom, aus welchem jene Gruppe von Fällen auszuscheiden ist, bei denen der thyreogene Ursprung teils durch das klinische Bild, das von den übrigen Bildern verschieden ist, teils durch die „kleinen" Symptome des Thyreoidismus und durch den prompten Erfolg der Schilddrüsenbehandlung begründet ist. Der Verf. führt 9 Fälle an, aus denen hervorgeht, daß es sich um eine nicht parasitäre Form der Alopecia areata confluens handelte, bei der ätiologisch die Schilddrüse in Betracht kommt (signe du sourcil, prompte Wirkung der Schilddrüsenpräparate), also thyreogenes; die Affektion war stets nur funktionell. Veränderungen an den Nägeln fanden sich in keinem seiner Fälle.

Der Verf. erklärt die Alopezie bei Hypo- und Hyperthyreoidismus wie folgt: Ein direkter hormonaler Einfluß dürfte in Hinsicht auf die prompte Wirkung der Schilddrüsenmedikation am wahrscheinlichsten sein. Da kann man sich nun vorstellen, daß normalerweise eine bestimmte Hormonmenge für die Haut notwendig ist, damit die Regulierung des Wachstums ungestört vor sich gehe. Ein Mangel dieses Hormons muß eine ungenügende Funktion zur Folge haben; aber auch eine übermäßige Konzentration kann schädlich wirken. Die Dauer der Störung spielt eine wichtige Rolle: bei kurzer Dauer derselben reguliert sich die Funktion glatt, bei langer Dauer (Jahre!) tritt Atrophie ein. Langdauernde, schwere Störungen führen zu ungenügender Funktion der Gefäße und Unterernährung des Gewebes. Die Übergänge sind besonders bei den älteren (meist generalisierten) Formen fließende.

Purpura rheumatica, von Josef Pelnář-Prag. Mitteilung eines typischen Falles, der aber dadurch eigentümlich ist, daß die Purpura bei einem 60jähr. Manne auftrat.

1922, Bd. 3, Nr. 4.

Zur Frage der Neurodermitiden, von Jaroslav Bukovský-Prag. (Fortsetzung folgt.)

Dermatitis exfoliativa universalis im Verlaufe einer antiluetischen Salvarsanbehandlung, von R. Šrámek-Kaschau. (Schluß zu Nr. 3.)

In dem beschriebenen Falle, betreffend eine 17jähr. Zigeunerin mit Ulcus durum der hinteren Kommissur, trat nach einer Injektion von 0,45 Neosalvarsan eine Dermatitis exfoliativa universalis auf. Die Ursache derselben ist im Neosalvarsan zu suchen und nicht in dem gleichzeitig applizierten Quecksilber. Die ersten, dem Bilde der Erythrodermia universalis entsprechenden Hautveränderungen traten 3 Tage nach der Injektion auf; dem Exanthem ging Fieber, eine Angina mit Belag und 2 Anfälle von Dyspnoë voran; der erste gleich nach der Injektion — angioneurotischer Symptomenkomplex, der zweite nach 6 Stunden. Nach Aussetzen der antiluetischen Therapie verschwanden die Veränderungen an der Haut und im Mund und wiederholten sich nicht, auch als die Patienten nur mit Lusal und Hg salicyl. weiterbehandelt wurde. Als man versuchsweise abermals 0,15 Neosalvarsan injizierte, stellte sich der angioneurotische Symptomenkomplex wieder ein und am folgenden Tag waren die Hautveränderungen wieder da. An den Handflächen und Fußsohlen trat Hyperkeratose auf. Die histologische Untersuchung bestätigte die Behauptung Unnas, daß es sich bei der Dermatitis exfoliativa um Vasoplegie handle. Der Verlauf der Behandlung in Šrámeks Fall läßt die Ursache der Vasoplegie in einer Funktionsänderung jener Drüsen suchen, die durch ihre innere Sekretion den Tonus der Blutgefäße erhalten, also vorwiegend der Schilddrüse. In dem beschriebenen Falle trat eine Besserung weder nach Digitalis, noch nach Strophantus, sondern erst nach Thyreoidintabletten ein. Warum sich nur in gewissen Fällen ein solcher Zustand entwickelt, ließe sich nach der Ansicht des Verf. durch ein gründliches Studium der Schilddrüse ermitteln. Entweder ist die Schilddrüse schon vorher alteriert oder das Salvarsan lähmt die Drüse in ihrer Funktion oder es wirkt auf ihre Nerven. Für eine Funktionsstörung sprächen die Veränderungen an den Haaren, den Nägeln und der Umstand, daß die Kranken wenig oder gar nicht schwitzen. Auch die Kranke

Digitized by Google

des Verf. schwitzte während der ganzen Krankheit nicht; nach der Verabreichung der Thyreoidintabletten trat Schweißabsonderung und damit Besserung ein. Auch die Menstruation fehlte während der ganzen Dauer der Krankheit.

Unsere Erfahrungen mit Stannoxyl, von K. Hübschmann-Prag. Die besten Resultate wurden bei Furunkulose erzielt. Am meisten empfehlen sich Injektionen (subkutan oder intraglutäal oder in den Furunkel), nach denen rasche Regression eintrat. Auch Umschläge mit flüssigem Stannoxyl bewährten sich bei Furunkeln und einem chronischen nässenden Ekzem auf psoriatischer Basis. Hier empfiehlt sich auch mehrfach zusammengelegte Stannoxylgaze. Sobald der im Rückgang begriffene Furunkel nur noch als schmerzloses Infiltrat tastbar ist, hört die Stannoxylwirkung auf. Injiziert wurden täglich 2—4 ccm Stannoxyl. Die Injektionen wurden gut vertragen; es entstanden keine schmerzenden Infiltrate an der Injektionsstelle und auch keine Allgemeinerscheinungen.

1922, Bd. 3, Nr. 5.

Nachruf für Prof. Dr. E. Pečirka, von F. Šamberger-Prag.

Über Tuberkuline und Kaltblütervakzinen in der Dermatologie und einige Erfahrungen mit denselben, von K. Hübschmann-Prag. (Fortsetzung folgt.)

Zur Frage der Neurodermitiden, von Jaroslav Bukovský-Prag. (Schluß.)

Auf Grund seiner Erfahrungen bei 32 klinisch beobachteten Fällen, von denen 8 mikroskopisch untersucht wurden (Pruritus c. lichenificatione 2, Lichen simplex chronicus 3, Neurodermitis diffusa nodularis, circumscripta nodularis und cornea nodularis), gelangt B. zur folgenden Anschauung:

Die Neurodermitiden sind selbständige, gut qualifizierte Erkrankungen, die vom wahren Lichen einerseits und vom Ekzem und anderen Dermatosen andererseits gut differenziert sind. Sie haben einen chronischen Verlauf und ein verschieden langdauerndes präeruptives Jucken, das während der ganzen Krankheitsdauer anhält. Die primäre Effloreszenz ist eine harte, runde, das Niveau überragende, glatte, glänzende, rosarot, rötlichbraun bis violett gefärbte Quaddel, deren Oberfläche manchmal rauh ist. Die Quaddeln sind isoliert oder gruppiert und können miteinander zu Plaques konfluieren. Diese Plaques sind hart, ihre Oberfläche ist entweder glatt, glänzend lichenifiziert oder mit einer verschieden dicken Hornschicht bedeckt. Aus ihnen können große, schwielenartige Gebilde entstehen. In der Umgebung derselben finden sich oft kleine, beginnende Effloreszenzen oder Hautstellen, die einfach lichenifiziert und braun pigmentiert sind. Bei ungewöhnlich langsamer Progression kann die Krankheit lange Jahre dauern, ohne daß sich das Bild ändert. Zeitweilige Remissionen sind nur vorübergehender Natur. Nach der Anordnung der Effloreszenzen und dem Verlauf sind 3 klinische Formen zu unterscheiden: 1. Lichen simplex chronicus Vidal, 2. Pruritus cum lichenificatione, 3. Neurodermitis nodularis. Das histologische Bild ist charakteristisch und für alle Formen gleich: Ödem der Papillen und des Subpapillarkörpers, eventuell der unteren Epidermisreihen; Gefäßdilatation; proliferierende Entzündung in scharf konturierten Knötchen im Papillarkörper, mehr diffus in den Papillen, perivaskulär in den tieferen Schichten, ohne Leukozyten und Riesenzellen; Sklerose, die von den Papillen nach unten fortschreitet; Verlust des elastischen Gewebes in den Knötchen und Sklerose des Bindegewebes. In der Epidermis nur Akanthose, Verminderung oder Verlust der Granulose, Keratose und Parakeratose. Entzündet ist die Epidermis nicht, daher ist die Grenze der Entzündung gegen das Korium stets sehr scharf. Mit zunehmendem Alter nimmt die Entzündung nicht zu, dafür aber die Sklerose bei gleichzeitiger Abnahme des elastischen Gewebes. Das Endstadium ist durch das Verschwinden der Entzündung und durch Schrumpfung des Koriums definiert.

Zu den Neurodermitiden gehören sicher noch andere pruriginöse Dermatosen. Die histologischen Bilder sprechen dafür, sie zu den Neurodermitiden einzureihen.

Referat über den Venerologenkongreß, von N. Vom 5.—10. Dezember 1921 fand in Prag ein Venerologenkongreß für Osteuropa statt, der von der Roten-Kreuz-Liga veranstaltet war und eine Resolution faßte, die die bekannten Forderungen der Vereine zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten enthält. G. Mühlstein-Prag.

Digitized by Google

Actas dermo-sifiliográficas.

Dezember 1920 bis Januar 1921, Nr. 2.

Spanische Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis.

Sitzung vom 3. Dezember 1920.

Cubero: Ulzeröse Läsion am Oberschenkel: Venerisches Geschwür.

Covisa y Bejarano weisen auf das Zusammentreffen von Tuberkuliden und Hypothyreoidismus hin und empfehlen, Kranke mit Tuberkuliden mit Thyreoidin zu behandeln.

Portilla: P. A. an der Lippe.

Sainz de Aja: Inoperables Epitheliom durch Radium geheilt.

Sainz de Aja: Aktinomykosis der Haut mit doppelseitiger Submaxillardrüsenschwellung durch dreimonatige Kaliumjodatbehandlung geheilt.

Bertoloty: Gonorrhoische Prozesse mit Diathermie behandelt.

Bejarano: Paralytiker mit Silbersalvarsan behandelt. Eine merkliche Besserung wurde erzielt.

Covisa: Multiple Hautgangrän.

Sainz de Aja: Fall schwerer Gonorrhoe.

Sanz de Grado: Ein neugeborenes Kind, das mit einer Conjunctivitis gon. infiziert wurde, erkrankte gleich hinterher an einer Arthritis, die zweifellos blennorrhoisch ist.

Sitzung vom 14. Februar 1921.

Sainz de Aja und Zuloaga: Depilation mit Thalliumsalbe. Man verwendet Thalliumazetat und Thalliumsulfat. Mit dem ersteren erreicht man schnellere Resultate. Es wurde täglich nur 1 cdm mit der Salbe bestrichen, um Indoxikationen zu vermeiden. Nach 10—15 Tagen zeigte sich die Depilationswirkung, am 20.—25. Tage war sie vollständig. Ungünstige Nebenwirkungen traten nur in Form einer geringen Follikulitis auf. Die Salbe wurde täglich 15 Minuten aufgelegt und die Stelle leicht massiert. Mit Thalliumazetat wurde eine vollständige Depilation erzielt, das Thalliumsulfat versagte. In der Diskussion wurde ein Fall einer allgemeinen Intoxikation erwähnt durch zu ausgedehnte Verwendung der Salbe. Fernandez Criado weist darauf hin, daß zur vollständigen Depilation 5—6 nacheinander folgende Kuren erforderlich sind.

Sanz de Grado: Lichen planus Wilson der Haut und Schleimhaut. Nachfolgende Arsenpigmentation. Ein Kind wurde mit Arsennatrium und Fowlerscher Lösung behandelt. Nach einiger Zeit zeigte sich eine diffuse dunkle Verfärbung der Haut und der Lichenelemente. Vortragender ist der Meinung, daß die Pigmentation von dem Arsen herrührt.

Portilla: Anthrax durch Staphylokokkenvakzin geheilt. Injektionen von 500 Millionen in 1 ccm steigend bis 2500 Millionen. In der Diskussion wird intravenöse Injektion von 20 Millionen empfohlen. Der Erfolg ist schnell und gut.

Portilla: Fall zur Diagnose.

Epitheliom und Radium, von Alvarez Sainz de Aja und Miguel Forns. Zwei Fälle von Epitheliom werden beschrieben und ihr verschiedenes Verhalten zu Radium dargelegt. Ein Epitheliom bei einer 60jähr. Frau, das bereits vor 21 Jahren mit einer Kruste am unteren Augenlid begonnen hatte, wird durch Radiumbehandlung schnell und gut geheilt. Das zweite Epitheliom bei einer 66jähr. Frau auf dem Handrücken reagiert nicht auf Radium. Es wird Amputation der Hand vorgeschlagen.

Bei der Behandlung eines Lupus erythematodes durch Kalium-Gold-Zyanür hervorgerufenes allgemeines multiformes Erythem, von Sainz de Aja. Knabe von 12 Jahren zeigte Lupus erythematodes discoides. Neben der lokalen Behandlung erhielt der Patient intravenöse Injektionen von Kaliumgoldzyanür, einem Präparat ähnlich dem von deutschen Therapeuten verwandten Krysolgan. Es wurden 1 Injektion zu 1 cg und 7 Injektionen von 2 cg verabfolgt. Am Tage nach der letzten Injektion wurde das Kind bettlägerig mit hohem Fieber. Über dem ganzen Körper breitete sich ein Erythem mit Papeln und Bläschen aus mit gleichzeitiger Schwellung des ganzen Gesichts, der Lippen, der Mundschleimhäute, der Augenlider. Die Lupusstellen zeigten eine besondere starke Reaktion. Das Erythem hatte auch die Nasenschleimhaut und die

Digitized by Google

Schleimhaut des Präputiums befallen. Puls 108—120. Temperatur 39°. Es handelt sich um ein typisches multiformes Erythem, das den ganzen Körper einschließlich sämtlicher Schleimhäute heimgesucht hatte. Der Verf. ist der Ansicht, daß eine Anaphylaxie gegen das Präparat besteht, insbesondere betont er, daß eine Stomatitis, wie die deutschen Therapeuten sie annehmen, nicht besteht, sondern, daß die Erscheinungen der Schleimhäute des Mundes nichts anderes als ein Erythem derselben bedeuten.

Inoperables Epitheliom durch Radium geheilt, von E. Alvarez Sainz de Aja. Primäres Epitheliom des Tränensackes, das allmählich die Nasenwurzel, die innere Wand der Augenhöhle ergriffen und den Augapfel vollkommen zerstört hat. Radiumbehandlung, siebenstündige Applikation ohne Filter, vom 15.—20. Februar. Die ganze Infiltration der Ränder und der Tiefe verschwindet. Im Mai wird eine nochmalige Radiumbehandlung vorgenommen, jedoch mit einem $^1/_{10}$ mm Bleifilter und einer zwölfstündigen Applikation. Zwischen beiden Behandlungssitzungen entsteht unter der Nasenspitze und linkem Nasenflügel eine tiefe noduläre Metastase, die ebenfalls mit Radium behandelt wurde und zur vollständigen Heilung führte. Ein halbes Jahr später wurde der Kranke der spanischen Dermatologischen Gesellschaft vorgestellt. Kein Rezidiv hatte sich bis dahin gezeigt. Es handelte sich um ein inoperables, ausgedehntes aber benignes Epitheliom ohne Drüsenschwellung. Diese Art von Epitheliomen bleiben zur Behandlung einzig dem Radium reserviert. Auf die malignen Epitheliome mit Drüsenschwellung hat nach Erfahrung des Verf. das Radium keinen Einfluß.

Ein Fall von schwerer Gonokokkenerkrankung, von Sainz de Aja. Patient 20 Jahre alt. Koitus am 13. und 16. November mit derselben Person. Am Tage des 2. Koitus, am 16. November, verspürte der Patient bereits Brennen in der Harnröhre, am folgenden Tage begann die Harnröhre stark zu eitern. Am 19. November trat der Kranke in Behandlung des Verf., der akute Go. und doppelseitige Conjunctivitis go. feststellte. Lokal: urethral Silbernitrat und nebenher Injektionen von polivalentem Vakzin. Am nächsten Tage stellte sich eine Arthritis des linken Knies ein. Dieselbe Behandlung wird fortgesetzt. Am Tage nachher tritt eine Epididymitis auf. Die Lokalbehandlung wird eingestellt. An die Stelle der polivalenten Vakzininjektionen treten intravenöse Injektionen von Natriumsalyzilat. Autovakzin wird vorbereitet. Zwei Tage später zeigte sich eine Arthritis des rechten Kniegelenkes und Fieber von 39—40°. Nach 2 weiteren Tagen besserte sich die Konjunktivitis, der fieberhafte Allgemeinzustand bleibt derselbe. Die Injektionen von Natriumsalyzilat werden suspendiert und durch Elektragolinjektionen intravenös ersetzt. Nach 1 Woche tritt vollkommene Besserung ein. Der Verf. ist der Auffassung, daß der Kranke bereits am 2. Koitus infiziert war, daß bei diesem 2. Koitus eine Superinfektion stattfand, die dann die Infektion beschleunigte und ernster machte. Die Konjunktivitis war schließlich ein weiterer Umstand zur Verschlimmerung der Allgemeinerkrankung. Verf. stellt die Wirkungslosigkeit des polivalenten Vakzins fest und empfiehlt die Anwendung des Elektragols.

Revision des ätiologischen und therapeutischen Begriffs der Alopecia areata, von Sainz de Aja. Nichts Neues.

Jodkalium in der Syphilisbehandlung, von Sainz de Aja. Nichts Neues.

H. Deselaers-Krefeld.

Bücherbesprechungen.

Vorlesungen über Pharmakologie der Haut, von Friedrich Luithlen-Wien. (J. Springer Verlag, Berlin 1921. VI., 88 S., Preis M. 18.—.) Das kleine Werk ist in erster Linie auf den Erfahrungen aufgebaut, die der Verfasser an Hand seiner bekannten pharmakologischen und kolloid-chemischen Untersuchungen gewonnen hat. Er will vor allem dem weitverbreiteten Irrtum entgegentreten, daß bei der Dermatotherapie hauptsächlich äußerlich anzuwendende Mittel in Frage kommen. Er weist daher eingehend auf die regen Wechselbeziehungen hin, die zwischen dem Gesamtorganismus und der Haut bestehen, und begründet diese Beziehungen einleitend durch die Erörterung der anatomischen und biologischen Dispositionen zu Hautkrankheiten. Während erstere allgemein bekannt war, ist die letzere erst durch den Verfasser (Stoffwechsel-Untersuchungen), dann aber auch durch die Lehre von der inneren Sekretion gefördert worden. Die moderne Pharmakologie der Hautkrankheiten bestrebt sich daher, möglichst die inneren Ursachen der Erkrankung zu beheben, um dadurch die Lebensvorgänge derart

Digitized by Google

abzuändern, daß für die Heilung besonders günstige Bedingungen geschaffen werden. Luithlen teilt seine Pharmakologie ein in eine Ernährungstherapie, medikamentöse Allgemeintherapie, Kolloid- und Organtherapie: Die erstere erstreckt sich bisher exakt untersucht nur auf den Mineralstoffwechsel, der naturgemäß den Leitfaden dieses ernährungstherapeutischen Vorgehens bildet. Eine physiologische Chemie der Haut, die alle chemischen Prozesse der Haut und deren Abhängigkeit von biologischen Vorgängen dartut, erscheint als Aufgabe der nächsten Zukunft. Bei der geringen Zahl der bisher über diese Fragen vorliegenden Untersuchungen, an denen der Verfasser ja selbst hervorragenden Anteil hat, erscheinen manche therapeutischen Vorschläge noch verfrüht, so vor allem die noch durchaus umstrittene Abhängigkeit der Psoriasis vom Stickstoffwechsel, sicherlich auch seine Ansicht über Chinin und Leukozytentätigkeit bei der eitrigen Entzündung. Im Kapitel Kolloidtherapie bringt L. erstmalig eine exakte Zusammenfassung der Bedeutung kolloid-chemischer Vorgänge für die Pharmakologie der Haut. Er faßt sie als Reizwirkung im Sinne Virchows auf und kommt zu dem Schluß, „daß ein Effekt eintritt, was man auch einspritzt", wenn nur „ein kolloidaler Komplex" vorhanden ist. Bei der Unzahl der heute auf diesem Gebiete angebotenen Heilstoffe ist dieser Hinweis im Sinne einer weisen Beschränkung besonders wertvoll. Das Kapitel Organtherapie zeigt so recht, wie gering unsere exakten Kenntnisse über die Beziehungen der Haut zu den Drüsen mit innerer Sekretion sind; alles erscheint noch als reines Problem. Trotz dieser im Vordergrunde stehenden Bearbeitung moderner pharmakologischer Probleme kommt die Lehre von der äußerlichen Behandlung nicht zu kurz. Besonders wertvoll scheint mir die nicht oft genug zu betonende Tatsache, daß Behandlungsfehler weniger durch die mangelhafte Auswahl des Mittels, als vielmehr durch die falsche Art seiner Anwendung gegeben sind. Einige kurze Abschnitte über Entzündungsfragen, Blutungen, Eiterungen und parasitäre Hautkrankheiten geben L. Gelegenheit, auch hier die modernste Auffassung zu entwickeln. Ich habe der Besprechung des kleinen Werkes absichtlich an dieser Stelle einen größeren Raum widmen zu sollen geglaubt, da es eine Fundgrube reichster Anregungen bietet für Fragestellungen, die uns heute alle bewegen, die z. T. im Werden, z. T. nur erst Probleme sind. Aber gerade darin scheint mir der besondere Wert des Buches auch in erster Linie für den wissenschaftlichen Forscher zu liegen; es ist ein Wegweiser zu Pfaden, deren Ausbau die Aufgabe der nächsten Zukunft sein wird. O. Gans-Heidelberg.

Lehrbuch der Hautkrankheiten für Ärzte und Studierende, von Max Joseph. 9. Aufl., 258 S., 2 Tafeln, 63 Abbildungen, Anhang von 233 Rezepten. (Georg Thieme, Leipzig 1922. M. 34.— geh.; M. 43.50 geb.). Aus großer Erfahrung heraus zum Studium und besonders auch für die Praxis geschrieben, bietet das nunmehr bereits in 9. Auflage vorliegende Buch alles, was für den beabsichtigten Zweck von Wichtigkeit ist. Daran ändern nichts der gegen früher gekürzte Umfang und die qualitativ geringere Ausstattung, zu denen sich Verlag und Verfasser verstehen mußten, um das Werk so wohlfeil, wie es geblieben ist, zu erhalten. E. Sklarz-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Intravenöse Terpichintherapie, von W. Karo-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 46, S. 1392.) In einer vorläufigen Mitteilung berichtet K., daß er bei einigen 20 Fällen mit gutem Erfolg Terpichin in Dosen von 1—2 ccm intravenös verabreicht hat und diese Art der Verabreichung der intraglutäalen wegen der Schmerzlosigkeit und auch der schnellen Wirkung halber entschieden als überlegen erprobt hat. Meistens gab er die Einspritzungen einen Tag um den anderen, gelegentlich auch 8 Tage lang täglich, worauf eine Pause von 3 Tagen folgte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Bedeutung der tuberkulösen Allergie für das Entzündungsproblem und die Proteinkörpertherapie, von H. Selter-Königsberg. (D. m. W., 1922, Nr. 2, S. 54—57.) Verf. versteht unter tuberkulöser Allergie eine Entzündungsbereitschaft, die durch Veränderung der chemisch-physikalischen Eigenschaften des Zellprotoplasmas infolge der Einwirkung lebender Tuberkelbazillen zustande kommt. Die durch die tuberkulöse Infektion umgestimmten Zellen sind den durch Tuberkulin und andere Stoffe (Aolan) gesetzten Reizen gegenüber labiler geworden. Zum Beweise wurden Intrakutanversuche

Digitized by Google

mit Tuberkulin, Pepton, Kaseosan an tuberkulosefreien Individuen gemacht, die selbst nach stärksten Dosen nicht reagierten. Nach Einspritzung von Dysenterie-, Koli- und Prodigiosustoxin dagegen traten deutliche Rötung und Schwellung an der Injektionsstelle auf. Daraus schließt Verf., daß beim Menschen zwei Arten von Allergie vorhanden sind, eine natürlich vorhandene, unspezifische gegen Bakterienprotein und eine erworbene, spezifisch tuberkulöse, die in spezifischer Weise durch Tuberkulin, in unspezifischer Weise durch Bakterienprotein und andere Reizstoffe ausgelöst wird. Es erscheint zwecklos, bei tuberkulösen Erkrankungen Proteinkörper therapeutisch zu verwenden, die viel schwächer als Tuberkulin wirken. Verf. empfiehlt die Verwendung von Tuberkulin auch bei nichttuberkulösen Erkrankungen, wenn man durch Reizkörper eine Entzündung erzielen will. Vielleicht ist das Versagen der Proteinkörpertherapie auf das Fehlen der tuberkulösen Allergie zurückzuführen. F. Harry-Berlin.

Die Wirkung der Milchinjektionen bei Hautkrankheiten, von J. Sellei und M. Krausz-Budapest. (Orv. Hetilap, 1917.) Es wurden die verschiedensten Hautkrankheiten auf diese Weise behandelt, bei Staphylomykosen wurde Milch auch als präparative Vorbehandlung zu der nun folgenden Vakzinebehandlung angewendet. Die von den Verff. auf diesem Gebiet zuerst publizierte Arbeit gibt Rechenschaft über die günstige Wirkung dieser Methode bei Follikulitiden, Prurigo diathésique, Lichen ruber planus, Staphylomykosen; bei anderen Hautkrankheiten war jedoch damit nicht viel auszurichten. M. Porosz-Budapest.

Neue Erklärungsmöglichkeiten der Thermalbäderwirkung, von P. Schober-Wildbad. (Allg. m. Ztg., 1921, Nr. 41, S. 241.) Sch. sucht die Wirkung der Heilbäder dem Verständnis näher zu bringen, indem er sie einerseits mit der Protoplasmaaktivierung (Proteïnkörperwirkung usw.), andererseits mit der Esophylaxie der Haut (E. Hoffmann) in Parallele setzt. F. Hirsch-Ulm.

Über die Wirkung intravenöser Traubenzuckerinjektionen auf die Haut und ihre Erkrankungen, von W. Scholtz und C. Richter, Univ.-Haut-Polikl. Königsberg. (D. m. W., 1921, Nr. 50, S. 1522—1523.) Intravenöse Traubenzuckerinjektionen rufen einen Flüssigkeitsstrom von den Geweben nach den Gefäßen hervor; ferner wirken sie leistungssteigernd auf die Körperzellen. Die „Reizwirkung" der Traubenzuckerinjektion kann auch zu Provokations- und Heilzwecken bei bakteriellen Krankheitsherden verwendet werden. F. Harry-Berlin.

Der Blutzuckerspiegel nach intravenösen Infusionen hochprozentiger Traubenzuckerlösungen beim Kinde, von H. Opitz-Breslau. (Kl. W., 1922, Nr. 3, S. 117.) Auf die Injektion hochprozentiger Dextroselösungen folgt ein rapider Anstieg des Blutzuckerspiegels im Blute, der auch nach $^1/_2$ Stunde noch sehr erhöht ist und erst im Verlaufe einer Stunde zur Norm zurückkehrt; es folgen aber auch dann noch verschiedentlich Zacken, die über die normale Schwankungsbreite von 0,01—0,02% hinausgehen. Abweichungen von dem typischen Abfallen des Blutzuckerspiegels etwa $^1/_2$ Stunde nach der Injektion bis zu stundenlangem Anhalten der Hyperglykämie sind bei Diabetes mellitus und Lebererkrankungen beobachtet. Während der Konzentrationsgrad der verwendeten Zuckerlösungen für den Ablauf der Zuckerkurve nicht von so ausschlaggebender Wichtigkeit ist, spielt die absolute Menge sicherlich eine Rolle. Während der Injektionen wurde vielfach Gesichtsrötung, Klagen über Hitzegefühl, mehrere Stunden anhaltendes Fieber und Schüttelfrost beobachtet. Die Methodik muß im Original nachgelesen werden. E. Langer-Berlin.

Über Blutauswaschungen mit Normosal, von G. Assmann-Kiel. (M. m. W., 1921, Nr. 46.) Injektion von 1 l Normosal wurden gut vertragen, wenn die Temperatur 20—25° C, die Einlaufzeit $^1/_2$ Stunde betrug und die Lösung vollkommen klar war. Vorausgehender Aderlaß (150—200 ccm) erhöhte die Verträglichkeit. 6 Stunden nach dem Einlauf trat Leukozytose (hauptsächlich polynukleäre, in geringem Grade eosinophile) ein. Chronische und seborrhoische Ekzeme und Psoriasis wurden nicht beeinflußt. Bei Urtikaria, nervösem Hautjucken, Dermatitis herpetiformis, Rosacea und Pruritus senilis, Mißerfolge wechselnd mit schwachen und glänzenden Erfolgen. — 0,1 Altsalvarsan, gelöst in 13 ccm Wasser, wurde statt mit $^1/_{10}$ Normalnatronlauge mit 7 ccm Normosallösung alkalisiert. A. v. Notthafft-München.

Zur intravenösen Behandlung hartnäckig juckender Hautkrankheiten, von M. Strassberg-Wien. (W. kl. W., 1921, Nr. 49, S. 595—596.) Im Anschluß an Aderlässe von etwa 100 ccm Blut wurden Eigenserum, Eigenblut oder Kochsalzlösung intravenös injiziert bei Urtikaria, nässendem Ekzem und Pruritus senilis mit meist nur vorübergehendem Erfolg. Wo Autoserum versagte, wurde Afenil, das ist 10%iger Kalzium-

Digitized by Google

chloridharnstoff, versucht und Traubenzuckerlösung, täglich 2 ccm in 50 %iger Lösung intravenös, empfohlen. Erfolg auch hier vorübergehend. Jede Bereicherung der Behandlungsmöglichkeit ist zu begrüßen, weil die Wirkung der einzelnen Mittel sich bald abstumpft. Durch den Aderlaß kommt es zu einem lebhaften Saftstrom aus den Geweben ins Blut; durch die Injektionen vermutlich zu einer kolloidalen Zustandsänderung des Blutes mit Herabsetzung der Empfindlichkeit der sensiblen Hautnerven, verminderter Durchlässigkeit der peripheren Gefäße oder Bildung eines gegen die serösen Transsudate gerichteten Fermentes. Vielleicht kann auch das kolloidal veränderte Blutplasma nicht mehr durch die geschädigte Gefäßwand hindurchtreten.

H. Soltmann-Leipzig.

Über Gelatine als Heilmittel, von E. Hamburger-Frankfurt a. M. (M. Kl., 1921, Nr. 46, S. 1390.) Von den Chinesen ist Gelatine als blutstillendes Mittel schon vor bald 2000 Jahren gebraucht worden, wie aus dem Buche San Han Ran (204 n. Chr.) hervorgeht. Auch die Japaner benutzten sie. Papin, der Erfinder des Dampfkochtopfes, betonte ihren Wert als Nahrungsmittel. Zeitweilig in Verruf geraten, ist ihre blutstillende Wirkung allgemein anerkannt, wenn auch der Hergang ihrer Wirksamkeit noch keineswegs erwiesen ist. Vielleicht wirkt sie, wie Verf. genauer darlegt, als Oxydationsferment. Weitere Anhaltspunkte kann man aus dem Verhalten der Gelatine bei ihrer Verwendung auf der photographischen Platte entnehmen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Glysanin (Schering). Ein neuer Weg zur Behandlung offener und geschlossener Eiter- und Entzündungsherde, von Kaufmann-Bad Wildungen. (M. Kl., 1921, Nr. 44, S. 1326.) Das unter der Bezeichnung Glysanin von der chemischen Fabrik Schering in den Handel gebrachte Präparat stellt ein bei 100° sterilisiertes 98 %iges Glyzerin vom spezifischen Gewicht 1,260 dar, das Verf. zur intramuskulären Injektion bei Entzündungs- und Eiterungsprozessen verschiedenen Ursprungs erfolgreich angewandt hat. Bei frischer wie auch bei chronischer Blennorrhoe sieht man als erste Wirkung der Injektion eine deutliche Steigerung des Ausflusses, der aber sehr bald das Versiegen folgt. Besonders gute Erfolge hatte K. bei der Behandlung von Urethritis posterior, Prostatitis, Epididymitis, Funiculitis und Spermatozystitis. Ganz überraschend günstig ist oft der Erfolg bei Orchitis und Epididymitis in bezug auf die Schmerzen. Desgleichen wurden gute Resultate erzielt bei der postblennorrhoischen chronischen Urethritis, bei chronischer Pyelitis, bei den weiblichen Adnexerkrankungen und anderen. Die Behandlung kann ambulant durchgeführt werden. Man gibt jeden zweiten Tag eine Einspritzung: am ersten Tage 1 ccm, dann 1,5 ccm, alsdann 2—3 ccm. Die Fläschchen sind gut verschlossen stehend aufzubewahren. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Injektionen mit Lebertran in der Dermatologie, von W. Patzschke-Hamburg-Eppendorf. (M. m. W., 1921, Nr. 46.) Man injiziert $^3/_4$—1 ccm reinen Tran alle 3—4 Tage auf die Beckenschaufel. Zur Anästhesierung Zusatz von 3 % Karbolsäure. Nötig sind 3—10 Injektionen. Gelegentlich lokale Schmerzen. Zwei Tuberkulöse antworteten mit Fieber und Brustbeschwerden (Provokation?). Furunkel, Schweißdrüsenabszesse und Bubonen schmelzen rasch ein. Von den staphylogenen und hyphogenen Bartflechten reagieren die älteren Fälle prompt; jüngere heilen manchmal erst nach Entstehung neuer Herde. In 8 Fällen von Pruritus senilis ausgezeichnete Erfolge. Von den Ekzemen reagierten nur nässende Gesichtsekzeme. Günstige Erfolge auch bei Bartholinitis und Epididymitis. A. v. Notthafft-München.

Die Behandlung oberflächlicher Hautaffektionen mit Zergalin, von E. Riesz-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 19, S. 563.) Für chronische nässende Ekzeme, Fissuren und Rhagaden, Pruritus und Intertrigo usw. ist an der Bierschen Klinik seit einem Vierteljahr das Zergalin als Streupulver teils unvermischt, teils mit Talcum (1:10) mit gutem Erfolg angewandt worden. Das Zergalin, von der chemischen Fabrik Kahlbaum-Berlin dargestellt, ist eine basische Verbindung von Cer-Erden mit Gallussäure und erscheint als staubfeines, trockenes, graues Pulver, das nicht reizend wirkt und die Wäsche nicht schmutzt. Da das Cer ein Abfallprodukt der Glühlichtindustrie bildet, ist es zur Zeit leichter zu beschaffen als die Wismutpräparate. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Anwendung von Flavizid in der Dermatologie, von C. Kallmann-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 49, S. 1487). Die Verwendung von Flavizid hat gute Resultate geliefert bei verschiedenen Formen der Impetigo, bei impetiginösen und postskabiösen Ekzemen, Sycosis parasitaria und Furunkulose; ferner bei Ulcus molle und Bubonen, sowie bei chronischem juckendem Ekzem am Anus und der Vulva und Unterschenkelgeschwüren. Auch ein Fall von Pemphigus vulgaris wurde günstig beeinflußt. Das

Digitized by Google

Mittel wurde teils zu Umschlägen in der Stärke von 1:5000 bis 1:1000 verwendet, teils als alkoholische Pinselung (1—2%), als Salbe mit Resorbin (1‰) oder als Flavizidzinkpasta oder auch als Puder mit Talkum (0,1:100,0). Die mit dem Gebrauch des Mittels verbundene Gelbfärbung läßt sich durch warmes Wasser und Seife wieder beseitigen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Untersuchungen und Betrachtungen über die Wirkung der Alkalien auf die Haut (Ricerche e considerazioni intorno all' azione degli alcalini sulla cute), von Francesco Fasani-Volarelli. (Studium, 1921, Bd. 11, Nr. 5.) Versuche an Hühnerkämmen. Verdünnte Lösungen riefen im Stratum basale und spinosum zunächst stärkere Mitosen hervor, darauf Epithelhyperplasie. Dann aber kam es zu Degenerationserscheinungen. Resultat: Epithelverschmälerung. Im Korium entzündliche Reaktion. Die Alkalien sind also Acantholytica. A. v. Notthafft-München.

Experimentalversuche über die Wirkung des reinen und des reduzierten Paraphenylendiamins und seiner Umwandlungsprodukte auf die gesunde und kranke Haut (Ricerche sperimentali sull' azione della parafenilendiamina pura, ridotta e dei suoi prodotti di trasformazione sulla cute sana ed ammalata), von Francesco Fasani-Volarelli-Siena. (Commicaz. R. acad. dei fisiocratici, Siena 1920, 30. VII. 20.) Versuche mit oxydiertem und reduziertem Paraphenylendiamin, sowie mit den Erdmannschen Zwischenprodukten ergaben bei Mensch und Tier für alle Präparate Unterschiedlichkeit, wenn die Dosierungshöhe nicht die üblichen Mengen überschritt und die Versuche nicht zu lange fortgesetzt wurden. Ausnahmen können vorkommen: Eine Versuchsperson erkrankte schon nach geringer Paraphenylendiaminanwendung an harmlosem Erythem. Ob es sich hier nicht um ein herabgesetztes Vermögen der Haut, die giftigeren Paraphenylendiamine in die ungiftigeren reduzierten Verbindungen überzuführen, handelte? A. v. Notthafft-München.

Über Dijodyl und seine Einwirkung auf das Blutbild, von Heinrich Fischer-Köln. (Beitr. z. Kl. d. Tbc. u. spez. Tbcforsch., 1921, Bd. 49, H. 1.) Das von der J. D. Riedel A.-G. hergestellte Dijodyl, ein Rizinstearolsäuredijodid mit einem Jodgehalt von 46,2%, ist ausgezeichnet durch angenehme Anwendungsweise, Vermeidung von Magenreizungen, zuverlässige und gute Resorbierbarkeit, die der des Jodkali gleichsteht. Die klinisch festgestellte gute Einwirkung bei Lues und Tuberkulose wurde bei letzterer auch durch Beobachtung des Blutbildes verfolgt. Es erwies sich als ein lymphozytoseförderndes Mittel, jedoch kann es unter Umständen auch zu Lymphopenie kommen, je nach dem Grade der einwirkenden Jodmenge, die über eine gewisse Grenze hinaus anstatt erregend lähmend wirkt. Eine Rolle spielt dabei auch der Zustand und die Beschaffenheit der lymphogenen Organe und des hämatopoetischen Systems. Je kräftiger ein Körper ist, desto größere Mengen Dijodyl kann man ihm zumuten, im allgemeinen dreimal täglich 0,3, bei geschwächten Personen, besonders Tuberkulose, mit noch geringeren Gaben anfangen; um eine Lymphopenie zu vermeiden und eine Verordnung auf längere Zeit zu ermöglichen, ist es gut, nach 3 Wochen für mindestens 8 Tage zu unterbrechen. Die zur Wirkung erforderlichen Dijodylgaben enthalten wesentlich weniger Jod als bei Jodkali. E. Levin-Berlin.

Über eine keimfreie, kolloidale Pepsinlösung zur Narbenerweichung, Verhütung und Lösung von Verklebungen, von E. Payr-Leipzig. (Zbl. f. Chir., 1921, Nr. 1, S. 2.) Verf. ist es gelungen, Pepsin keimfrei zu machen, ohne seine peptische Kraft abzutöten. Um die kolloidale Lösung wasserhell zu machen, hat er das Pepsin in der Pregelschen isotonischen Jodlösung aufgelöst. Bei stärkerem Pepsinzusatz wird die sonst orangerote Jodlösung wasserklar und farblos. Auch Zusatz von Novokain, Kokain trüben es nicht. Milchsäure erhöht die verdauende Kraft der Pepsin-Pregl-Lösung um ein Beträchtliches. Es wird also die einfache Pepsin-Pregl-Lösung bei leichteren Fällen, die mit Milchsäure versetzte bei stärkeren Fällen angewandt. — Will man eine Narbe zur Auflösung bringen, so spritzt man in dieselbe selbst oder in ihre unmittelbare Umgebung das Gemisch, mit Novokain versetzt. Bauchfelladhäsionen werden abgebunden und die Stümpfe mit der Mischung betupft. Eine festverklebte Patella nach Kniearthroplastik wurde völlig beweglich. Narbenkeloide und schwerphlegmonöse Trippergelenke werden bedeutend gebessert. Das normal blutversorgte, gesunde Gewebe wird vom Pepsin nicht oder nur wenig (Adrenalinanämie) angegriffen. So glaubt Verf., daß wir es mit einer sehr aussichtsreichen Behandlungsmethode zu tun haben.
A. Rosenburg-Berlin.

Über Uga-Bohnen, von H. Friedenthal-Charlottenburg. (Allg. m. Ztg., 1921, Nr. 43, S. 255.) Uga-Bohnen enthalten quantitativ genau die Bestandteile des arsen-

Digitized by Google

haltigen Roncegnowassers. F. empfiehlt sie bei Blutarmut, Bleichsucht, Magerkeit, nervösen Erschöpfungszuständen, Hauterkrankungen, gewissen Herzerkrankungen und für Nachkur nach Frauenkrankheiten; daneben Alkoholabstinenz, reichlicher Aufenthalt in frischer Luft sowie ruhiges Leben. Empfohlen werden Kuren von mehreren Wochen mit steigenden und fallenden Dosen. Die Bohnen werden gern genommen, gut vertragen, und der Heilerfolg ist sehr befriedigend. F. Hirsch-Ulm.

Über Nasenverkleinerungsplastik, von E. Eitner-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 30, S. 908.) Verf. hat nach dem Vorgange von J. Joseph durch subkutanes Operieren in Lokalanästhesie die Beseitigung von entstellenden Knochenvorsprüngen und Knochenhypertrophien in sehr befriedigender Weise erzielt. Mit bestem Erfolg wurde auch zur Korrektur von Deformitäten eine Elfenbeineinlage eingelegt und in tadelloser Weise zur Einheilung gebracht. Nicht nur eine Konvexitätskorrektur, sondern auch die Verkürzung einer entstellenden Länge der Nase läßt sich, wie hier unter Darlegung der technischen Kunstgriffe beschrieben wird, sehr erfolgreich bewerkstelligen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Schusterspanverbände bei Gesichtsplastiken, von J. Esser-Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1921, Bd. 117, H. 3, S. 438—443.) Technische Mitteilung im Sinne des Titels.
M. Rehbein-Hamburg.

Die chirurgische Behandlung von Nasendeformitäten (The Surgery of Nasal Deformities), von Douglas Guthrie. (Edinburgh J., 1921, Bd. 27, Nr. 6.) Für die Beseitigung der Sattelnase, die sowohl traumatischer wie syphilitischer Natur sein kann, wird die Überpflanzung von Rippenknorpel empfohlen, sog. Carterssche Operation, deren Ausführung näher beschrieben wird. Bei Syphilis soll nur operiert werden, wenn die Läsionen geheilt und die Krankheit erledigt ist. Es scheint ohne Bedeutung zu sein, ob der Knorpel mit oder ohne Perichondrium überpflanzt wird; die Verwendung von Knochen bietet keine Vorteile, jedenfalls ist die Verwendung von eigenem Gewebe des Patienten der von Metall oder Zelluloid oder von Paraffin vorzuziehen.
E. Levin-Berlin.

Die Technik der intramuskulären Injektion (A Technic of Intramuscular [Epifascial] Injection), von John H. Stokes-Rochester, Minn. (Medical Record, 1921, 30. April.) Enthält nichts Erwähnenswertes. H. Soltmann-Leipzig.

Eine technische Verbesserung der Lumbalpunktionsnadel, von G. Eisner-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 2, S. 102.) Verf. empfiehlt eine Lumbalpunktionsnadel mit zwei Seitenarmen und einem Mandrin, das im zentralen Teil der Nadel bis zu einem am Ende abschließenden Gummiventil zurückgezogen werden kann. Der eine durch einen Hahn verschließbare Seitenarm dient zum Ansatz für ein Steigrohr, der andere Schenkel, der ebenfalls durch einen Hahn geschlossen wird, zum Ablassen der Flüssigkeit. E. Langer-Berlin.

Pharmazeutisches aus alten finnischen Heilrunen, von Walter Zimmermann-Illenau (Baden). (Pharm. Zhl., 1921, Nr. 41, S. 622—626.) Der Verf. hat in einer 1819 in Upsala erschienenen Übersetzung finnischer Volkslieder alte Heilrunen gefunden, die die Entstehung der Heilmittel beschreiben, unter denen besonders Honig und Fett, vor allem Salben die erste Stelle einzunehmen schienen. K. Glaser-Berlin.

Arzneiexantheme, gewerbliche Schädigungen, Dermatitisarten.

Zur Winckelschen Krankheit (Cyanosis afebrilis icterica cum Haemoglobinuria), von W. Neuland-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 30, S. 906.) Im Anschluß an seine Mitteilung über Vergiftungserscheinungen unter Bildung von Methämoglobin durch die Einwirkung von anilinhaltiger Stempelfarbe weist N. darauf hin, daß die von Winckel 1879 in der Dresdener Entbindungsanstalt beobachtete und nach ihm benannte Krankheit ihrer Ätiologie nach der Aufklärung noch bedarf, indem sowohl chemische als auch bakterielle Einwirkungen wohl imstande sind, ein derartiges Krankheitsbild hervorzurufen. Ferner vertritt er den Standpunkt, daß die Hämoglobinurie nicht ausschlaggebend sein darf zur Stellung der Diagnose Winckelsche Krankheit, und daß leichtere Formen ohne Hämoglobin im Urin vorkommen, die aber auch zu dieser Krankheitsgruppe hinzugezählt werden müssen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Über Schädigungen nach Sonnenbestrahlung bei Lungentuberkulose, von Ed. Kock-St. Blasien. (Strahlenther., Dez. 1921, Bd. 13, H. 1.) Durchaus ungeeignet für direkte Sonnentherapie sind alle zum Fieber neigenden Formen der Lungentuberkulose. In allen anderen Fällen ist direkte Bestrahlung nur zulässig bei vorsichtig gesteigerter Gewöhnung. Dasselbe gilt für die Anwendung der künstlichen Höhensonne.

G. W. Unna-Hamburg.

Die Strahlenbehandlung des Auges. 1. Mitteilung: Experimentelle und klinische Beiträge zur Bestrahlung der Kornea mit ultraviolettem Licht, von Therese Chotzen und Erich Kuznitzky-Breslau. (Klin. Monatsbl. f. Augenhlk., Bd. 60.) Baumm, Hegner und Mohr beobachteten günstige Resultate, niemals Schädigungen. Birch-Hirschfeld dagegen Netzhautveränderungen: Vakuolen in den Ganglienzellen, Schrumpfung der inneren Körner mit Chromatinverlust, Chromatinschwund der äußeren Körner. — Verff. selbst beobachteten einige Stunden nach der Bestrahlung Trübung der Hornhaut, Rauhigkeit der Oberfläche, Konjunktivalreizung, allmähliches Verschwinden der Erscheinungen in etwa 18 Tagen. Niemals iritische Reizung, Veränderung der Linse, des Glaskörpers oder des Fundus. Einzige Dauerveränderung: Pigmentschwund der Iris. In der therapeutischen Anwendung zeigten sich stets günstige Erfolge bei allen chronischen Formen der Keratitis. Kontraindiziert bei akuten Schwellungskatarrhen der Hornhaut.

G. W. Unna-Hamburg.

Das Verhalten des Antitrypsins bei Bestrahlungen mit künstlicher Höhensonne, von H. Koenigsfeld-Freiburg i. Br. (Kl. W., 1922, Nr. 2, S. 58.) Verf. fand bei an Menschen gemachten, das obige Thema umfassenden Versuchen eine gewisse Regellosigkeit im Verhalten des Antitrypsins auf die Bestrahlung hin. Jedoch läßt sich feststellen, daß im Blute im allgemeinen durch die Bestrahlung eine Veränderung des Antitrypsingehaltes hervorgerufen wird, die aber wiederum in abhängiger Beziehung zur Zahl der polymorphkernigen Leukozyten steht. Ist die Zahl der Leukozyten vermehrt und findet sich ein Ansteigen derselben, so ist der antitryptische Index vermindert. Verminderung der Leukozyten, speziell der polymorphkernigen, veranlaßt ein Ansteigen des antitryptischen Index. Bei gleichbleibendem Index ist auch keine Veränderung des leukozytären Blutbildes festzustellen. E. Langer-Berlin.

Neue Bestrahlungslampen für konstitutionelle Strahlentherapie mit sonnenähnlichem Licht, von Fritz Kohl-Leipzig. (Strahlenther., Nov. 1921, Bd. 12, H. 4.) Bisher fehlt eine Lichtquelle mit sonnenähnlichem Licht. Hochgebirgssonne und Quarzlicht sind Strahlenquellen, wie sie verschiedener nicht gedacht werden können. Es ist noch nicht erwiesen, daß nur einzelne Teile des Spektrums bestimmte Wirkungen ausüben, da es keine Filter gibt, die sichtbares Licht ausschalten und nur ultraviolett durchlassen. Solange ist es noch unbeweisbar, ob nicht eine Kombinationswirkung zwischen lang- und kurzwelligen Strahlen besteht. — Große Vorzüge gegenüber der Hg-Quarzlampe bringt die Heliollampe. Ein Kohlenbogenlicht, deren ultraviolette Seite ausgebaut ist, weit über 250 μμ. Der Vorteil liegt im bequemen Auswechseln der Quarzzylinder und in der Möglichkeit, sie von ihren Verbrennungsprodukten zu reinigen. — Die Anordnung der Lichtbögen ermöglicht eine Stromausnutzung von 75%. Wegen der Verbrennungsprodukte nur im Freien zu verwenden. G. W. Unna-Hamburg.

Zum Problem der Reizwirkung der Röntgenstrahlen. Biologische Ergebnisse aus Versuchen an Pflanzen, von L. Halberstädter und Albert Simons. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., 1922, Bd. 28, H. 6.) Die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen auf die lebende Zelle kann sich je nach der Größe der Dosis und der bestehenden Strahlenempfindlichkeit äußern als 1. Reiz, der zu einer schwachen und rasch wieder abklingenden oder zu einer stärkeren und nachhaltigeren Funktionssteigerung führt; 2. anfänglicher Reiz durch nachfolgende Hemmung wieder abgeschwächt und kompensiert wird; 3. Schädigung, von der sich die Zelle wieder völlig erholt; 4. irreparable Schädigung der Zellfunktion; 5. Zelltod (bei 3—5 eventuell nach anfänglichem Reiz).

E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

29. April 1922 | Nr. 17 | Band 74

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin (Dirig. Arzt: Prof. Dr. Buschke).

Zur Frage der Lues des vegetativen Nervensystems.

Von

Dr. Ernst Sklarz, Oberarzt der Abteilung.

In Nr. 7 der „Deutschen medizinischen Wochenschrift" vom 16. Febr. 1922 macht Pulay in seiner Arbeit über eine modifizierte Salvarsantherapie bei Lues der inneren Organe und des Nervensystems die Bemerkung, daß in der Klinik der Lues des vegetativen Systems zu wenig Beachtung geschenkt werde. Dem ist sicher beizustimmen, wenn sich auch verstreut hier und da schon Arbeiten finden, die auf die Wichtigkeit des vegetativen Systems und auf Formen seiner Erkrankung bei der Lues verweisen. So haben bereits Buschke und Sklarz in einem Vortrag auf dem 12. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (Hamburg 1921) im letzten Teil der Arbeit („Erfahrungen über Nervensyphilis mit Berücksichtigung der Liquorbefunde") darauf hingewiesen, welche erhebliche Rolle das vegetative Nervensystem wie bei vielen Erkrankungen so auch bei der Lues spiele. Wir haben uns damals bei der Unsicherheit, die bezüglich der feinsten und letzten Gründe und biologischen Vorgänge noch herrscht, darauf beschränkt, auf einige tatsächliche Beobachtungen hinzuweisen, auf die ich zunächst durch diese Zeilen kurz eingehen will.

Von seiten der Haut findet sich oft ein die Norm weit überschreitender Dermographismus, vor allem wenn es sich um eine frische sekundäre Lues mit ausgedehnten kutanen Erscheinungen, besonders bei einer Roseola, weniger bei einem papulösen Exanthem, handelt. Bei älteren, latenten Fällen wiederum sahen wir öfters das den Zeichen einer Hyperthyreose entsprechende Vorhandensein eines positiven Stellwagschen oder Gräfeschen Symptoms, ohne daß klinisch eine Struma bestand, einmal trat ein Diabetes insipidus in Erscheinung. Über Auftreten eines solchen ist in der Zwischenzeit auch von anderer Seite (Umber: B. kl. W., 1921, Nr. 25, S. 58) berichtet worden, ebenso wie über Diabetes mellitus von Simmonds (Arch. f. Derm., 1921, Bd. 132). Bei einem Luetiker, dessen Erkrankung unter dem Bilde einer Myatrophie verlief, fielen die vasomotorischen Störungen der Hände auf, die stets rot und feucht waren.

Lereddе hat bereits vor mehr als einem Jahre im „Bull. de la soc. franç. de derm." auf die morgendliche Arhythmie bei angeblicher Syphilis des Herzens aufmerksam gemacht, die nach Verabfolgung von Novarseno-

Digitized by Google

benzol ebenso wie von Quecksilberpräparaten aufgetreten sei. Ob diese Störung der Herztätigkeit der Lues oder den Präparaten zuzuschreiben ist, die doch auch eine vegetative Komponente haben können, läßt sich natürlich nicht mit Sicherheit entscheiden, wissen wir doch, daß gerade das Salvarsan bei manchen Menschen sehr starkes Herzklopfen erzeugen kann und bisweilen den vom vegetativen Nervensystem abhängigen angioneurotischen Symptomenkomplex hervorruft. Das ist besonders beim Silbersalvarsan der Fall, wobei es sich unseres Erachtens nicht um so grobe Vorgänge wie kleine Thrombosen handelt. Auch der hin und wieder zu beobachtende Chok und das häufig beobachtete Steigen des Liquordruckes nach intravenöser Salvarsanzuführung wie die hierbei auftretende Konjunktivitis gehören vielleicht in dieses Gebiet.

Schwer ist natürlich die auch bei der frühen Sekundärlues oft in Erscheinung tretende Tachykardie zu beurteilen, da schon ohne Syphilis sympathiko- und vagolabile Menschen genug vorhanden sind, ebenso wie man sich vor allzuweitgehender Bewertung des oben erwähnten, verstärkten Dermographismus aus demselben Grunde hüten muß.

Besser fundiert scheint wohl die Auffassung zu sein, daß Krankheits- und Arzneiexantheme Zeichen der Alteration des vegetativen Nervensystems sein können. Es bestehen dabei drei Möglichkeiten:

1. das vegetative Nervensystem ist florid luetisch erkrankt;
2. das Medikament ruft eine Herxheimersche Reaktion im vegetativen Nervensystem hervor;
3. das Medikament hat an sich eine spezielle Wirkung auf das vegetative Nervensystem.

Für die zentrale Störung kann in manchen Fällen der Umstand sprechen, daß die Erscheinungen nicht so selten auffallend ausgeprägt symmetrisch auftreten, wenngleich das nach Erfahrungen mit anderen Dermatosen, deren zentrale Auslösung unwahrscheinlich ist, nicht absolut beweisend ist. Deutlicher weisen nach dieser Richtung die fixen Salvarsan- und Quecksilberexantheme, worauf erst vor einiger Zeit aus der Blankschen Klinik in Potsdam aufmerksam gemacht wurde. Ganz besonders aber drängt sich ein solcher Gedanke auch z. B. auf, wenn man sieht, daß eine Kranke acht Wochen nach der Infektion eine Roseola bekommt, die nur vom Nabel abwärts auftritt, scharf in Nabelhöhe abschneidet, an den befallenen Teilen des Körpers aber und an den unteren Extremitäten durch ihre außerordentliche Stärke imponiert. Anders freilich — nämlich durch lokale Umstimmung der Haut und Veränderung der Resistenz- und Reaktionsfähigkeit der Gefäße — kann man die von einem anderen Autor vor längerer Zeit mitgeteilte Beobachtung deuten, nach der ein luetisches Exanthem, das im übrigen universell auftrat, eine badehosenförmige Partie freiließ, nachdem der Kranke vor Ausbruch desselben Sitzbäder mit Kaliumpermanganat genommen hatte. In dasselbe Gebiet vegetativer Nervenschädigung schlägt der Fall einer Patientin, die nach jeder Kalomelinjektion eine Rötung und Schwellung des Gesichts bekam, eine Beobachtung, die man ja auch häufig nach Salvarsan macht.

Auch der Gedanke, daß das antiluetische Medikament durch seine Wirkung auf die — doch wohl auch erkrankten — zentralen Ganglien die Herxheimersche Reaktion peripher in Erscheinung treten läßt und

Digitized by Google

vielleicht auch eine Art Herxheimerscher Reaktion an ihnen selber hervorrufen kann, liegt nahe genug.

Ganz besonders aber gibt die Vermutung einer Schädigung des vegetativen Nervensystems die Frage der Quecksilber- und Salvarsanexantheme an sich Raum, die oft genug erst zu einer Zeit auftreten, wo das Medikament als solches häufig wenigstens zum allergrößten Teile ausgeschieden ist. Dafür scheint auch der Umstand zu sprechen, daß ein abgeklungenes Salvarsanexanthem manchmal durch kleinste und vorsichtigste Quecksilbergaben zum Wiederaufflackern gebracht werden, ein erloschenes Quecksilberexanthem nach Salvarsaninjektion von neuem in Erscheinung treten kann, Tatsachen, die letzten Endes vielleicht darauf hinweisen, daß es wohl möglicherweise überhaupt keine absolut spezifischen, sondern nur charakteristische Exantheme gibt, wobei der pathologische Vorgang und nicht so durchaus die Natur des schädigenden Agens im Vordergrunde steht; ein Beispiel für viele: die lichenruberähnlichen Salvarsanexantheme, die Buschke und Freymann (M. Kl., 1921, Nr. 30) beschrieben haben und die hin und wieder zu beobachtenden luetischen Exantheme, die einem echten Lichen ruber zum Verwechseln ähnlich sehen.

Daß anaphylaktische Erscheinungen nach Salvarsaninjektion, die mit der Lues an sich nichts zu tun haben brauchen, sich ebenfalls ungezwungen als Phänomene des vegetativen Nervensystems — als des Vermittlers physiko-chemischer Zustandsänderungen des Organismus — und dann etwa im Sinne Klinkerts und Dolds (Dold: Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1921, Bd. 18, Nr. 21) deuten lassen, bedarf nur der Erwähnung. Auf eine derartige Natur der Schäden, besonders auch bezüglich der Salvarsanexantheme weist auch der gelegentliche Erfolg der Therapie hin, die außer in indifferenten, die Haut schützenden Maßnahmen in der Darreichung exquisit sympathikotroper Mittel, Kalk und Adrenalin, besteht.

Welchen Wert gerade französische Autoren auf die Lues der Nebennieren legen, ist bekannt und bedarf nur dieses kurzen Hinweises. Die Bedeutung der Erkrankung dieser Organe kann man ermessen, wenn man sich deren eminent wichtige Rolle für das vegetative Nervensystem vor Augen hält. Es ist ferner wahrscheinlich, daß auch die Alopezie und das Leukoderm die sichtbaren Zeichen einer vegetativen Nervenschädigung sind, einen Gedanken, den erst jüngst wieder auch Freymann (Derm. W., 1922, Bd. 74, Nr. 2) aus der Buschkeschen Klinik gelegentlich der Schilderung diffuser Leukoderme ausgesprochen hat, der hauptsächlich unter Berücksichtigung der universellen Leukoderme auch eine Erkrankung eines den Pigmentapparat regulierenden, nervösen Zentralorgans annimmt. Weniger Bedeutung hat in diesem Zusammenhange die Arbeit Crouzons und de Bruns über „Leucomélanodermie syphilitique chez une femme enceinte tuberculeuse“ (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1921, Jg. 37, Nr. 21), da es sich ja um eine Störung der Pigmentbildung und Verteilung auf Grund tuberkulöser Nebennierenerkrankung handeln kann, die wohl in allgemeiner, nicht aber in der speziellen Hinsicht auf die Lues in das Gebiet dieser Betrachtungen fällt. Ganz anhangsweise sei nebenher bei dieser Gelegenheit bemerkt, daß man in schwierigen Fällen zarte Narben und Hautatrophien am Körper dadurch von echten

Digitized by Google

Leukodermflecken unterscheiden kann, daß man bei dem betreffenden Patienten durch Reiben des Nackenfeldes (Sobotka, Arch. f. Derm., 1910, Bd. 105, Buschke und Sklarz, Derm. W., 1921, Bd. 72) oder Abkühlung des Kranken eine Gänsehaut zu erzeugen sucht, die sich nicht an den Stellen von Narben, wohl aber von echten Leukeudermflecken einzustellen pflegt.

Zusammenfassend seien noch kurz Tabes und Paralyse betrachtet. Der Dekubitus bei den Paralytikern und Tabikern, das Mal perforant und die sonstigen trophischen Ulzera der Tabiker beruhen nicht bloß auf dem rein mechanischen Moment der Schädigung des Gewebes durch den Druck und der bakteriellen Ursache der sekundären Infektion, sondern auch auf der Vasomotorenschwäche, die im Verein mit den erstgenannten Momenten zur Einschmelzung des tiefer liegenden Gewebes und zur Sequesterbildung schon dann führt, wenn die Haut darüber noch ganz intakt ist. Nach den Paroxysmen der Tabiker tritt nicht allzu selten ein Herpes zoster auf. Vitiligo wird auch bei Tabes und Paralyse, wie auch bei anderen organischen Nervenerkrankungen: Paralysis agitans, Syringomyelie usw. beobachtet. Häufig ist ferner einseitige Lähmung des dem N. vagus zugehörigen N. recurrens, nicht selten sind — abgesehen von den Krisen — das Erbrechen der Tabiker und ihre Subazidität, die sich in sehr vielen Fällen findet und möglicherweise eine Sekretionsanomalie darstellt. Sie können zusammen mit der Obstipation als Alteration des vegetativen Nervensystems in Betracht gezogen werden. Freilich spricht gerade bei der Obstipation vielleicht auch eine Störung spino-sensibler Hinterstrangbahnen eine Rolle, da das Rektum schon von solchen versorgt wird und durch den Übertritt von Kot aus dem Sigmoideum in die Ampulle bereits ein sensibler Reiz und damit meist der Stuhlgang ausgelöst wird. Ähnlich verhält es sich mit den entsprechenden Blasenerscheinungen (Balkenblase usw.). Die Inkontinenz erklärt sich einfach als Folge der durch die sensible Störung verursachte Unmöglichkeit, willkürlich eine Hemmung der Exkretion herbeizuführen, da die monitorischen Reize fehlen.

Am augenfälligsten sprechen für eine Schädigung des vegetativen Nervensystems die Impotenz und die tabischen Krisen. Von den letzteren werden die abdominellen nach dem augenblicklichen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse durch übermäßige Muskelkontraktionen veranlaßt und kommen in dem Segment, in dem die vegetativen Nerven in die spinalen Bahnen einstrahlen, als Schmerz zur Empfindung. Nur einer Erwähnung bedürfen auch die Gefäßkrisen, auf die z. B. Pette (M. m. W., 1921, Nr. 37) auch akute Atemstörungen bei Tabes zurückführt, indem er annimmt, daß diese Krisen sich in den Gefäßen der Medulla oblongata lokalisieren. Schließlich findet man auch bei Tabes und Paralyse bisweilen das Gräfesche oder Stellwagsche Symptom oder eine Protrusio bulbi ohne Struma, und man kann diese Stigmata ungezwungen auf eine Störung im Sympathikusgebiet beziehen, ebenso wie das Auftreten von Headschen Zonen, die sich mitunter auch bei Lues cerebri finden.

Freilich ist bei einem Teil aller dieser Phänomene der Sitz der übergeordneten Schädigung in den Drüsen mit innerer Sekretion zu

Digitized by Google

suchen, wie es Franz für die Zahnanomalien bei kongenitaler Lues schon wahrscheinlich machte. So hatten wir auch vor etwa einem Jahre Gelegenheit, eine Frau zu sehen, bei der wohl eine multiple Störung innersekretorisch wichtiger Drüsen vorlag. Im Anschluß an ihre erstmalig behandelte frische Lues entwickelte sich nämlich bei ihr ein Krankheitsbild, das die Symptome eines Myxödems zeigte. Auf die zweite Kur hin stellte sich bei ihr eine erhebliche Hypertrichosis der Bartgegend ein.

Endlich gehören in diesen Zusammenhang neben den schon erwähnten Zahnanomalien auch die Wachstumsstörungen und Dystrophien, die das Erbteil und Kennzeichen kongenital syphilitischer Kinder sind.

Ohne näher darauf einzugehen, seien hier nur noch einige dieses Gebiet berührende Arbeiten aus der letzten Zeit kurz erwähnt, deren Titel zum größten Teil prägnant den Inhalt ausdrücken:

Merklen, Devaux et Desmoulière, Les asthénies par troubles polyglandulaires d'origine syphilitique. Presse méd., 1921, Bd. 29, Nr. 14.

Frisch, Beitrag zur Klinik der pluriglandulären, endokrinen Insuffizienz. M. Kl., 1921, Bd. 17, Nr. 34.

Pallida, Der endokrine Faktor in der Pathogenese des Weir-Mitchellschen Symptomenkomplexes Erythromelalgie. Semana med., 1921, Bd. 28, Nr. 4.

Méry, Girard et Mercier-Desrochettes, Maladie de Mikulicz avec état de sympathicotonie et syndrome polyglandulaire fruste. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1921, Bd. 37, Nr. 10.

Smit, Syphilis der Schilddrüse. Nederlandsch tijdschr. v. geneesk., 1921, Bd. 65, Nr. 2.

Wittgenstein und Kroner, Späteunuchoidismus auf syphilitischer Basis. B. kl. W., 1921, Bd. 58, Nr. 40.

Nonne, Zur pathologischen Anatomie und Klinik der Syphilis der Hypophyse. Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1921, Bd. 26, Nr. 6/7.

Bejarano und Covisa, Lues und Nebennieren. Actas dermo-sifiliographicas, 1921, Bd. 13, Nr. 3.

Bejarano und Covisa, Arch. of Derm., 1921, Bd. 3, Nr. 6.

Hübschmann, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Nebennieren (Atrophie und Hypertrophie). Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path., 1921, Bd. 69.

Ähnlich wie neuerdings Pulay haben auch wir aus all den Beobachtungen, die für eine Dysfunktion des vegetativen Nervensystems zu sprechen scheinen, praktische Folgerungen für die Therapie zu ziehen gesucht, und in Fällen, bei denen sich vegetativ-neurotische Symptome in den Vordergrund drängten, neben den für Lues spezifischen Mitteln Kalkpräparate per os und intravenös hin und wieder mit Erfolg gegeben. Wir wandten sie vor allem eben auch dann an, wenn es sich darum handelte, unangenehme Nebenerscheinungen des Salvarsans von seiten des vegetativen Nervensystems, auf das dieses Mittel besonders wirkt, hintanzuhalten oder zu paralysieren. Die Grundlagen für dieses Vorgehen boten uns neben den Untersuchungen Wiesenacks, Zondeks und anderer Autoren eigene zahlreiche Tierversuche, deren Ergebnisse teilweise schon veröffentlicht sind (Jacobsohn und Sklarz: M. Kl., 1921, Nr. 44), teilweise bereits im Druck befindlich sind und in den nächsten Tagen erscheinen.

Digitized by Google

Die strafrechtliche Verwertung der Papillarlinienmuster[1]).

Von

Dr. Fritz Dehnow, vormaligem Staatsanwaltschaftsrat k. A.

Die Papillarlinienmuster sind ein hervorragendes und unerreichtes Identifikationsmittel. Es gibt kein höchstpersönlicheres Merkmal als sie. Für den Grad ihrer Individuellheit fehlt allerdings zumeist der Blick. Wir betrachten bei einem Menschen hauptsächlich sein Gesicht und halten es deshalb für sein individuellstes Merkmal. Wir bekommen aber seine Papillarlinienmuster kaum zu sehen; sehen wir sie, so pflegen wir sie kaum zu beachten; und beachten wir sie, so fehlt dennoch unserem Auge die Übung in der Betrachtung so kleiner Figuren und Maße, wie sie die Beschaffenheit des Papillarlinienmusters bestimmen. Der daktyloskopische Tatsachenkreis ist uns fremd und neu, und es bestand deswegen und besteht teilweise noch heute eine Abneigung dagegen, der Daktyloskopie Vertrauen entgegenzubringen. Aber von der in der Tat unerschöpflichen Mannigfaltigkeit der Papillarlinienmuster, von den Möglichkeiten ewig neuer Variationen gewinnt man ein lebendiges Bild, wenn man Fingerabdrucksbilder in starker Vergrößerung betrachtet und wenn man an der Hand zweier Exemplare ein und desselben vergrößerten Fingerabdruckes sich vergegenwärtigt, durch welche Unsumme zufälligster Einzelheiten er gebildet wird. Eines solchen lebendigen Bildes bedarf, wer sich über das daktyloskopische Tatsachengebiet ein Urteil bilden will.

Die Überzeugung, daß es nicht zwei Finger gibt, die gleiche Muster aufweisen, haben auch leidenschaftslose und nüchterne Beamte des sog. „Erkennungsdienstes". Ihrer Ansicht folge ich. Aber ebenso überzeugt bin ich davon, daß ein Nachweis hierfür bisher nicht geführt ist und daß die theoretische Daktyloskopie in dieser Hinsicht dazu geneigt hat, sich ihre Aufgabe zu leicht zu machen.

Man erwartet von neuen Errungenschaften leicht zu viel. So hat man auch von der Daktyloskopie anfänglich erwartet, sie werde für bestimmte Rassen, bestimmte Familien, bestimmte Verbrechertypen besondere Fingerabdruckstypen ergeben, sie werde für Erbschleicher- und Alimentenprozesse verwendbar sein und dergleichen mehr. Diese Erwartungen haben sich als übertrieben erwiesen. So heißt es vielleicht auch unbillig viel erwarten, wenn man annimmt, die Daktyloskopie werde eine sichere Feststellung darüber zu treffen vermögen, ob es vorkommt, daß verschiedene Finger identische Papillarlinienmuster aufweisen.

---

[1]) Vortrag, gehalten in der forensisch-psychologischen Gesellschaft in Hamburg am 24. Februar 1922.

Digitized by Google

Bisher hat man noch nie bei verschiedenen Fingern ein gleiches Papillarlinienmuster gefunden. Aber man hat erst sehr wenig danach gesucht.

Poll hat im 46. Band der Zeitschrift für Ethnologie über Untersuchungen an identischen Zwillingen berichtet. Nach seinen Ergebnissen scheint festzustehen, daß Verhältnisse der Deszendenz ohne Einfluß auf die Bildung und auf etwaige Gleichartigkeit der Papillarlinienmuster sind. Aber unberührt bleibt hierdurch die Frage, ob unabhängig von Verwandtschaftsbeziehungen identische Muster bei verschiedenen Menschen auftreten.

Nach identischen Mustern wird nur „gesucht" beim Einordnen neuer Fingerabdrücke in die daktyloskopischen Registraturen. Aber dieses Suchen erstreckt sich in der Hauptsache nur darauf, ob der Abdruck sämtlicher zehn Finger (das daktyloskopische Dekagramm als Ganzes) bereits in der Registratur der betreffenden Stadt vorhanden ist. Es erstreckt sich in der Regel nicht darauf, ob der Abdruck eines einzelnen Fingers (ein daktyloskopisches Monogramm) bereits in der betreffenden Stadt vorhanden ist, und noch weniger darauf, ob das Dekagramm oder das Monogramm mit Dekagrammen oder Monogrammen aus den Registraturen anderer Städte identisch ist. Ein Austausch von Daktylogrammen mit anderen Städten findet nur in geringem Umfange statt. Monogramme als solche werden nur in den kleinen „Einbrecher-Nebenregistern" miteinander verglichen; der Umstand, daß in ihnen identische Monogramme verschiedener Personen bisher nicht vorgekommen sind, bleibt bei dem geringen Umfange dieser Nebenregister — in Hamburg umfaßt das Nebenregister die Abdrücke von 3700 Personen — theoretisch wohl ohne Belang. In der Hauptsache betrifft das Suchen lediglich Dekagramme. In Hamburg wird jedes Dekagramm durch eine zehnstellige Zahl bezeichnet, nämlich durch einen Bruch mit fünfstelligem Zähler und fünfstelligem Nenner. Die vorkommenden Muster sind dort in neun Hauptgruppen eingeteilt, die durch die Ziffern 1—9 bezeichnet werden; fehlende Finger u. dgl. werden mit 0 bezeichnet; die hiernach auf die Finger der linken Hand entfallenden fünf Ziffern werden als Zähler, die fünf Ziffern für die rechte Hand als Nenner geschrieben. Nach diesen Dekagrammzahlen werden die Fingerabdrücke systematisiert; haben mehrere Fingerabdrücke dieselbe Dekagrammzahl, so werden sie weiter nach der in einer Klammer beigefügten Zahl der Papillarlinien am linken Mittelfinger, und erforderlichenfalles weiter nach den Geburtsdaten geordnet. Beim Eingange eines neuen Dekagrammes wird nun geprüft, ob es bereits vorhanden ist; geht beispielsweise ein Dekagramm mit der Zahl 34347/33344 ein, so wird geprüft, ob bereits unter der Zahl 34347/33344 die gleiche Konstellation derselben zehn Muster vorliegt. Dies ist bisher nie vorgekommen, wenn es sich um verschiedene Personen handelte.

Es wird aber nicht geprüft und kann auch unmöglich geprüft werden, ob z. B. eine 3 des neuen Dekagramms mit irgendeiner 3 der vorhandenen anderen 160000 Dekagramme, z. B. mit einer 3 der Dekagramme 43437/44333, identisch ist. Nur nach gleichen Konstellationen von je zehn identischen Monogrammen wird mithin gesucht, aber nicht nach identischen Monogrammen. Für die Frage, ob identische

Digitized by Google

Monogramme vorkommen, ergibt die beim Einordnen geleistete Arbeit nichts.

So ist durch die Hamburgische daktyloskopische Registratur festgestellt, daß ihre 160000 Dekagramme voneinander durchweg verschieden sind. Das Entsprechende ist wohl auch hinsichtlich jeder anderen daktyloskopischen Registratur festgestellt, da die Einrichtung der Registraturen im Prinzip dieselbe ist. Aber keineswegs festgestellt ist, daß ein Monogramm in Hamburg nicht mit Monogrammen irgend welcher der anderen Hamburgischen 160000 Dekagramme oder daß es nicht mit Monogrammen aus anderen Städten identisch sein könnte.

Bei dieser Sachlage erscheinen die öfters gehörten kategorischen Behauptungen: die Wissenschaft habe nachgewiesen, daß es keine zwei gleichen Abdrücke verschiedener Finger auf der ganzen Welt gebe, unzulässig. Solche Behauptungen enthalten eine Verwechslung von Wissenschaft und Dogmatik und sind nur verständlich als Äußerungen passionierter Daktyloskopen. Aus dem tatsächlich Bekannten ergibt sich aber so viel, daß die Identität eines daktyloskopischen Monogramms in der Tat ein stärkstes Beweismittel für die Identität der Personen ist. Die Frage, ob die Identität eines Monogramms für sich allein zur Überführung genügt, läßt sich generell ebensowenig bejahen oder verneinen, wie die entsprechende Frage bei irgend einer anderen Art von Beweismitteln; die anderweiten Tatumstände des Einzelfalles müssen bei der Beantwortung dieser Fragen mitsprechen.

Für den Versuch, bezüglich daktyloskopischer Monogramme zu einem größeren Gewißheitsgrade zu gelangen, als er heute möglich ist, scheinen zwei Wege offenzustehen. Einmal der Weg der Wahrscheinlichkeitsrechnung. Es wäre sehr wesentlich, erfahren zu können, ob die Wahrscheinlichkeit, daß zwei bestimmte Menschen ein gleiches Papillarlinienmuster besitzen, sich z. B. wie 1:100000, oder ob sie sich z. B. wie 1 zu einer 100stelligen Zahl verhält. Die bisher angestellten Rechnungen waren rationalistisch und auf einem viel zu geringen Tatsachenmaterial aufgebaut. Balthasard gründete seine Annahme, die Wahrscheinlichkeit verhalte sich wie 1 zu einer 60stelligen Zahl, auf die Beobachtung von kaum 300 Abdrücken. Galton glaubte die Anzahl der möglichen Muster zu ermitteln, indem er die Zahl 2 in die 36. Potenz erhob. Diese primitiven Rechnungen lassen u. a. den Umstand unberücksichtigt, daß die verschiedenen Arten von Mustern verschieden häufig sind. Die Hamburger Registratur ergibt die Möglichkeit von 10000000000 verschiedenen Dekagrammzahlen und enthält tatsächlich nur 160000 Dekagramme. Wären die Mustertypen gleichmäßig häufig, so würde jede der vorhandenen Dekagrammzahlen von der nächsten um etwa 6000 differieren. Tatsächlich sind aber die Lücken zwischen den vorhandenen Dekagrammzahlen teilweise viel größer, während andererseits öfters ein und dieselbe Dekagrammzahl 100mal und noch häufiger vorkommt. Eine daktyloskopische Wahrscheinlichkeitstheorie darf an diesen Tatsachen nicht vorübergehen. Sie muß auf breiter erfahrungsmäßiger Grundlage aufbauen.

Ob sie ein haltbares Ergebnis zu zeitigen vermag, oder ob, wie Heindl findet, in der Biologie jede Mathematik illusorisch bleibt, kann allerdings fraglich erscheinen.

Digitized by Google

Ein zweiter Weg wäre die Vergleichung möglichst zahlreicher Exemplare ein und desselben ganz speziellen Typus von Papillarlinienmustern. Sämtliche bei deutschen Registraturen einlaufenden Exemplare des betreffenden Spezialtypus würden an eine Zentralstelle abgegeben werden können, die ohne erheblichen Arbeitsaufwand diese Abdrücke sammeln und klassifizieren würde. Kommt es wirklich vor, daß zwei verschiedene Finger ein und dasselbe Linienmuster aufweisen, so wird hier am ehesten ein solcher Fall auftreten. Wenn aber selbst in einer solchen Spezialsammlung kein einziger Fall von Duplizität aufträte und wenn diese Sammlung etwa im Gegenteil erkennen ließe, daß die Differenzen zwischen den vorhandenen Exemplaren noch Raum für eine unabsehbare Zahl neuer Variationen übrig lassen, so würde damit die Ansicht, daß keine zwei Finger ein und dasselbe Papillarlinienmuster besitzen, eine kaum noch anfechtbare Grundlage gewinnen.

Die Identität daktyloskopischer Pentagramme oder Dekagramme ist bereits heute als unanfechtbarer Nachweis für die Identität der Personen anzusehen. Es wäre müßig, einzuwenden, daß eine mathematisch absolute Gewißheit auch hier nicht vorliegt. Darauf, inwieweit es absolute Gewißheiten überhaupt gibt und ob selbst den Naturgesetzen unbedingte Gewißheit innewohnt, kann hier nicht eingegangen werden, wenn nicht die Betrachtung sich in philosophische Weiten verlieren soll. Bei den strafgerichtlichen Urteilen jedenfalls, auch bei den bestbegründeten, liegt eine mathematisch absolute Sicherheit niemals vor. Wenn ein Beschuldigter glaubwürdig seine Schuld eingesteht oder wenn mehrere gut beleumundete Zeugen seine Schuld bekunden oder wenn er nach Gestalt, Gesicht und Stimme zuverlässig als der Täter wiedererkannt wird, so besteht auch hier niemals eine unbedingte Gewißheit dafür, daß nicht etwa der Beschuldigte in einer unbegreiflichen Anwandlung sich fälschlich bezichtigt hat, daß nicht die Zeugen sich untereinander verschworen haben, daß nicht ein zweiter Mensch mit gleichem Gesicht, gleicher Gestalt und gleicher Stimme existiert. Die Identität eines Tatort-Pentagramms oder -Dekagramms mit demjenigen einer Person aber ist ein Beweismittel von noch größerer Stärke als Zeugenaussagen, Sachverständigen- und Urkundenbeweis und Geständnis. Auf dem Wege der Kriminalistik vom Aussagen- zum Indizienbeweis bedeutet die Daktyloskopie einen wichtigsten Fortschritt.

Freilich ist für den Verbrecher auch gegen dieses Mittel der Kriminalistik ein Kraut gewachsen. Bereits kommt es vor, daß Verbrecher mit Handschuhen arbeiten, und daß sie künstlich Fingerabdrücke fremder Personen am Tatorte anbringen.

Das soeben erschienene standard work Heindls[1]), das mit seltener Frische geschrieben ist und die scheinbar trockensten Gebiete mit Leben zu erfüllen versteht, gewährt einen Überblick über das Gesamtgebiet der Daktyloskopie, insbesondere auch über ihre physiologischen Grundlagen. In dem Schlußkapitel kennzeichnet Heindl die bisherigen daktylosko-

[1]) System und Praxis der Daktyloskopie und der sonstigen technischen Methoden der Kriminalpolizei. Von Dr. Robert Heindl. Berlin und Leipzig 1922. Vereinigung wissenschaftlicher Verleger. 655 Seiten.

Digitized by Google

pischen Maßnahmen als halbe Arbeit und fordert als letzte Konsequenz, daß jeder daktyloskopiert wird. Unter minimaler Belästigung des Einzelnen und mit verhältnismäßig geringem Arbeitsaufwande würde hierdurch der Einzelne vor Mißbrauch seines Namens geschützt, die Zuverlässigkeit der Personenstandsfeststellungen erhöht und aller Identitätsschwindel der Wirksamkeit beraubt.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 4. Dezember 1921.

P. Iwanow: Vorführung zweier lepröser Brüder aus dem Donschen Bereich, deren Mutter ebenfalls leprös war. Beide befinden sich jetzt im Mjasnitzky-Krankenhause (**Lepra tubero-maculosa** und **Lepra tubero-maculo-anaesthetica**).

A. Lichatschew: Mikroskopische Präparate zu obigen Fällen der **Lepra**.

K. Ischewsky: Ein Fall von **Lepra tubero-maculo-anaesthetica** bei einer 29jähr. Bäuerin aus dem Gouvernement Kaluga. Befindet sich in der Hautklinik der I. Universität in Moskau.

F. Grintschar erkundigt sich, wann die pemphigoiden Bullen bei einem der Leprösen (Fall von Iwanow) erschienen und ob deren Inhalt mikroskopisch untersucht wurde?

P. Iwanow antwortet, daß die Bullen erst während der letzten Woche erschienen und nicht untersucht wurden.

I. Malischew bezweifelt, daß die Krankheit im Ischewskyschen Falle nur 2 Jahre dauert; es handelt sich eher um etwa 10 Jahre!

S. Bogdanow macht aufmerksam, daß in allen diesen Fällen die WR —, obgleich die Statistik von 70% positiven Ausfall spricht.

W. Iwanow erwidert Malischew, daß es Leprafälle mit akutem Verlaufe gebe. In den zwei Fällen aus dem Mjasnitzky-Krankenhause sind einige Ausschläge zu sehen, die Lichen planus ähneln, und andere, die wie Lichen scrophulosorum aussehen. Die Ärzte bekommen wenig Leprafälle zu sehen. In der letzten Zeit wurde die Frage eines Leprosoriums bei Moskau im Kommissariat der Volksgesundheitspflege diskutiert.

G. Mestschersky führt **einen Fall von Livedo syphiliticum** bei einer 67jähr. Frau vor, die nie spezifisch behandelt wurde. Ein gleicher Fall wurde von ihm im Jahre 1912 an der I. Klinik für Hautkrankheiten der Universität beobachtet; die spezifische Behandlung brachte die Erscheinungen zum Schwinden.

S. Selitzky hält einen Vortrag: **„Über die Anwendung von normalem Pferdeserum als Heilmittel bei Hautkrankheiten."** Er beobachtete in zwei Fällen von Pruritus gravidarum, Furunkulosis, Pemphigus vulgaris, Urticaria chron. papulata, Lichen ruber planus einen guten Erfolg, außerdem Pemphigus vulg., wo das Serum als ultimum refugium angewandt wurde (Exitus letalis).

Grintschar fragt, ob man die Steigerung der Temperatur als durchaus nötig anzusehen braucht?

Selitzky meint, daß es bei einem einwandfreien Proteinpräparat nicht vorkommen dürfte.

Mestschersky weist auf einen Fall von Erysipelas chronicum migrans, wo bei 39° 5 ccm Serum eingeführt wurden; am anderen Tage war die Temperatur normal.

Grintschar sah einen guten Erfolg der Serumtherapie bei Dermatitis herpetiformis Duhring. Er hält die Temperatursteigerung für notwendig und nützlich. Im vorigen Jahre hielt Dr. Wermel einen Vortrag über Therapie eines Falles von Lupus erythematodes mit röntgenisiertem Pferdeserum, jetzt müßten wir überlegen, ob dieser Erfolg vom Röntgenisieren oder vom Serum selbst stammte?

Tschernogubow hatte einst defibriniertes Blut vom Meerschweinchen einem mit Ulcus molle serpiginosum erkrankten eingespritzt, worauf das Ulkus abheilte. In Kronstadt hatte er Gelegenheit Urineinspritzungen zu sehen ohne irgend einen Erfolg. Er meint, die Hämato-Sero-Vakzinetherapie sei noch nicht genügend erforscht.

Digitized by Google

Fokin spricht von 40 Fällen von Hautkrankheiten, die man im Alt-Ekaterininskaja-Krankenhause mit röntgenisiertem Pferdeserum behandelte, 6—8 Einspritzungen von 8 bis 16 und 20 ccm. In einem Drittel aller Fälle guter Erfolg.

Selitzky meint, daß jedesmal nötig ist, eine Blutkontrolle durchzuführen.

Grintschar vergleicht Serumtherapie mit Vakzinotherapie beim Tripper.

W. Iwanow meint auf Grund einer Literaturübersicht, daß die Frage über die Proteintherapie noch nicht ganz aufgeklärt ist.

W. Iwanow demonstriert:

1. Eine Mulage von **Dermoid an der Nase.**
2. Eine Mulage von **Hidradenoma eruptivum (syringo-cystadenoma).**

An der Diskussion nahmen teil Mestschersky und Bogrow.

Sitzung am 15. Januar 1922.

K. Ischewsky demonstriert zwei Fälle aus der I. Hautklinik der Moskauer Universität:

1. **Fall von Darierscher Krankheit** bei einer 22jähr. Frau, die vor 15 Jahren erkrankte. Vor 3 Jahren wurde sie plötzlich rasend, darauf folgte Melancholie und Selbstmordversuche. Jetzt bedeckt der Ausschlag die Gesichtshaut, Arme und Beine, Brust, Hüften, die kleinen Schamlippen und den Introitus vaginae. Schwäche des Gedächtnisses, Schlafsucht, beständiges Schwitzen. Dysmenorrhoea. WR —, Pirquet +. Zum therapeutischen Zweck wurde ihr die Hand röntgenisiert. Die Biopsie hatte nichts Bestimmtes erwiesen.

2. Eine 28jähr. Frau mit Geschwülsten auf dem Gesicht (besonders der Nase). Lymphdrüsen normal. WR —, Pirquet —. Mikroskopisch ein nichtspezifisches Granulom. Ischewsky hält den Fall für **Mycosis fungoides d'emblée.**

Anläßlich des 1. Falles spricht A. Jordan von dem von ihm beobachteten Fall des Morbus Darier (siehe diese Wochenschr., Bd. 73, S. 789).

Den 2. Fall besprechen Mestschersky, Bogrow, Fokin und Tschernogubow, die der Meinung sind, daß es sich um einen sarkomatösen Prozeß handle.

N. Smirnow (III. Hautklinik der Moskauer Univ.): Vorführung eines 26jähr. Mannes mit **Porokeratosis Mibelli** und mikroskopische Präparate dazu.

Bogrow weist auf die Ähnlichkeit des Falles mit einem Naevus zosteriformis; er bezweifelt die Diagnose.

Pawlow jedoch bestätigt die Diagnose von Porokeratosis, da er die ganze Entwicklung vom Knötchen bis zum ringförmigen Wall beobachtete.

Frau A. Popowa (II. Hautklinik der Moskauer Univ.): Ein Fall von gleichzeitigem Vorhandensein eines gummösen Zerfalles im Rachen, papulo-tuberkulösen Ausschlage am Rumpf und Bein mit einem universalen Leukoderma. WR +. Zerebrospinalflüssigkeit normal.

Tschernogubow deutet an, daß wir bis jetzt noch nicht genug gewöhnt sind derartige Kombinationen von verschiedenen Syphilisperioden zu sehen, obwohl sie nicht so selten sind.

Mestschersky: Dieser Fall bestätigt nicht die Meinung, daß ein universales Leukoderma auf eine Affektion der Rückenmarkhäute deutet.

F. Grintschar (II. Univ.-Klin.): Ein Fall von einem **Kankroid und Syphilis cutan. tubercul.** an der Schläfengegend. WR ++++. Mikroskopisch **Baso-Zellularkrebs** (A. Abrikossoff). Nach der spezifischen Behandlung kamen die syphilitischen Erscheinungen zum Schwinden, die kankroiden aber kamen schärfer zum Vorschein.

An der Diskussion beteiligen sich Jordan und Bogrow.

G. Mestschersky demonstriert einen Tschuwaschen aus einem hungernden Gouvernement mit einem **Favus** am Kopfe und am Rumpfe; vor kurzem sah er wie ein papulöses Syphilid aus; die Skutula waren dort nicht vorhanden; Pilze wurden gefunden. Vortr. meint, daß solche Form von der Hautabmagerung käme.

A. Wewiorowsky (aus dem venerolog. Institut): Casus pro Diagnosi — **Lupus erythematodes faciei et mucosae oris oder Syphilis cutan. tubercul.?** WR +. Nach zwei Einspritzungen von Neosalvarsan gingen die Erscheinungen etwas zurück.

An der Diskussion nahmen Bogrow und Mestschersky Teil.

A. Breytschow spricht von dem neuen französischen Antisyphilitikum „Trepol", welches jetzt im Venerologischen Institut geprüft wird. W. A. Pospelow-Moskau.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

The Journal of Urology.

Februar 1921, Bd. 5, Nr. 2.

Reaktionen des Penis (The Tests and Certain Vaso-motor Reactions of the Penis), von Albert C. Crawford und James M George-San Francisco. S. 89—118. Feststellung, daß gewisse Medikamente, welche die Blutgefäße des Hinterbeines eines Hundes erweitern, auch das Volumen des Penis vergrößern.

Gigantischer Blasenstein (Giant Vesical Calculus), von Alexander Randall-Philadelphia. S. 119—125. 61jähr. Pat. Vor einigen Jahren Hämaturie. Urin klar (!), ohne Albumen. Röntgenologisch ergab sich ein Schatten der Blase in großer Ausdehnung. Durch suprapubische Zystotomie wurde die Blase geöffnet und ein 4 Pfund schwerer Blasenstein herausgehoben. Längsumfang 48 cm, Querumfang 40 cm. Der Stein zeigt deutlich eine Gliederung durch Einwirkung der Symphyse. Wahrscheinlich handelt es sich um einen Kalziumphosphatstein. Pat. starb 36 Stunden nach der Operation.

Primäre Tuberkulose des Hodens (Primary Tuberculosis of the Body of the Testicle), von Ernest G. Mark-Kansas. S. 171—176. Walker hatte 28 Kaninchen Tuberkelbazillen in die Aorta injiziert. Zwei Kaninchen zeigten darauf Tuberkulose des Hodens ohne Befallensein der Epididymis. Beim Menschen ist alleinige Tuberkulose des Hodens undenkbar. Verf. entfernte bei einem 31jähr. Manne, bei dem auch durch Meerschweinchenversuch keine Urogenitaltuberkulose festgestellt werden konnte, den linken Hoden. Histologisch hatte der Hoden kein normales Gewebe mehr, sondern wies eine diffuse typische Tuberkulose auf mit zahlreichen Tuberkelknötchen und Riesenzellen. Mit Karbolfuchsin gefärbt, konnten Tuberkelbazillen gefunden werden. In der Epididymis zeigte die histologische Untersuchung zunächst keine Tuberkulose. Es wurden jedoch sehr zahlreiche Serienschnitte angefertigt und es konnte auch ein einziges typisches Tuberkelknötchen gefunden werden.

März 1921, Nr. 3.

Bericht über Tumoren des Blasenhalses und der hinteren Harnröhre und ihre Beziehung zu der Behandlung der chronischen Prostatitis (A Study of Tumors of the Vesical Neck and the Prostatic Urethra and their Relation to the Treatment of Chronic Prostatitis), von L. P. Player und C. P. Mathé-San Francisco. S. 177—205. Bei der Behandlung resistenter Formen der chronischen Prostatitis ist eine vollständige Zystourethroskopie nötig, um Polypen und dergleichen des Blasenhalses oder der Harnröhrenwand auszuschließen. Sowohl von richtigen Polypen, wie auch von polypoiden Massen und ödematösen Exkreszenzen können klinische Verschlechterungen im Befinden des Kranken ausgehen. Diese Tumoren rufen häufig Irritationen und damit Reinfektion von Prostata und Samenblasen hervor. Es zeigte sich, daß in Fällen, wo solche polypartigen Gebilde bestanden, die Prostatitis nicht eher geheilt werden konnte, als bis diese Gewächse durch Fulgurisation entfernt worden waren. Von den allerhartnäckigsten Fällen von Prostatitis wurden nach Entfernung dieser Tumoren 73% wahrscheinlich gebessert, 20% gebessert und 5% nicht gebessert. Sehr schöne mikro- und makroskopische Abbildungen.

Ein Merkblatt für Blasenkranke mit Tumoren (The Follow-Up Record in Cases of Tumor of the Bladder), von John L. Crenshaw-Rochester. S. 211—213.

Harnanti-epsis beim Menschen. Die Sekretion eines antiseptischen Harnes nach Einnahme von Trypaflavin (Urinary Antisepsis. The Secretion of Antiseptic Urine by Man Following the Oral Administration of Proflavine and Acriflavine), von Edwin G. Davis-Omaka. S. 215—233. Eine richtige Prüfung über den Wert von Harnantisepticis gibt es bis jetzt noch nicht. Nimmt man 0,1 g oder 0,05 g Trypaflavin ein, so zeigt es sich, daß der Harn des betreffenden Menschen die Entwicklung von Kolonbazillen sowie Staphylokokken verhindert, vorausgesetzt, daß der Harn alkalisch reagiert, bei saurem Harn ist die Wirkung ungewiß. Intravenöse Applikation soll noch stärker wirken. Beigegebene Photographien zeigen sehr deutlich den Unterschied vor und nach der Behandlung.

Digitized by Google

Die Wirkung verschiedener Antigonorrhoicis auf den Gonokokkus (The action on the Gonococcus of various Drugs commonly used in the Prophylaxis and Treatment of Gonorrhea), von Ernest O. Swartz und David M. Davis-Baltimore. S. 235—248. Bakteriologische Untersuchungen, wie solche in Deutschland bereits mehrfach ausgeführt worden sind.

Submuköses Geschwür der Blase beim Manne (Submucous Ulcer of the Bladder in the Male), von Hermon C. Bumpus-Rochester. S. 249—253. Mit diesem Ausdruck wird in der Mayoklinik das die Mukosa wenig, die Submukosa dagegen stark involvierende Ulkus bezeichnet. Im Urin gewöhnlich kein pathologischer Befund. Verf. glaubt, daß Bakterien, die auch an schlechten Zähnen der Patienten zu finden sind, die Ursache des Ulkus sein können. Subjektiv — Nokturia, vorübergehende Hämaturie. Zystoskopisch — Rötung und ödematöses Gewebe am hinteren Wall der Blase, in einem Falle 2 cm breit. Diese Stellen wurden durch Operation entfernt. Pathologisch — ausgesprochen submuköse Lymphozyteninfiltration, Blutextravasate, Epithel verdünnt.

Chirurgische Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis (The Surgical Treatment of Gonorrheal Epididymitis), von Hamilton W. McKay-Charlotte, North Carolina. S. 255—264. Verf. hält die Punktion und Drainage des freigelegten Nebenhodens, wozu er ausführliche Anweisung gibt, für die beste Methode, um diese unangenehme blennorrhoische Komplikation zu heilen.

April 1921, Nr. 4.

Primäres Karzinom der Niere mit eingeklemmtem Ureterenstein (Primary Carcinoma of the Kidney with Impacted Ureteral Calculus), von H. G. Bugbee-New York. S. 267—278. Karzinom der Niere ist zwar selten, muß aber doch vom Hypernephrom unterschieden werden. Die Diagnose ist erst nach der Operation möglich. Im vorliegenden Falle wurde als Ursache des Karzinoms ein eingeklemmter Ureterenstein angenommen.

Die verschiedenen Typen von Prostataerkrankung (The Varying Types of Prostatic Obstruction), von Alexander Randall-Philadelphia. S. 287—308. Vortrag, der an sich Bekanntes bringt, der aber durch neun hervorragend schöne anatomische Präparate mit genauen klinischen und pathologischen Bezeichnungen illustriert ist.

Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen mit Vakzinen (Treatment of Gonorrhea and its Complications with Vaccines), von W. M. Warren Townsend-Burlington, Vermont. S. 309—312. Bei akuter Blennorrhoe nutzlos, sind Vakzine bei geschlossener Blennorrhoe ein wertvolles Hilfsmittel, aber kein alleiniges Spezifikum.

Beziehung zwischen Spina bifida occulta und gewissen Retentionen (The Relation between Spina bifida occulta and Certain Cases of Retention), von A. L. Chute-Boston. S. 317—324. Zusammenfassender längerer Vortrag.

Primäres Karzinom der männlichen und weiblichen Harnröhre (Primary Carcinoma of the Male and Female Urethra), von Richard F. O'Neil-Boston. S. 325 bis 343. Zusammenfassung. Fall des Verf. eine 62jähr. Frau. Vor 4—5 Jahren an der Uretha angeblich ein Karbunkel durch Operation entfernt. In den letzten Wochen 25 Pfund Gewichtsverlust. Man fühlt am hinteren Wall der Harnröhre eine Induration bis zum Blasenhals. Durchmesser der Urethra sehr vermindert, die Oberfläche erudiert und stark blutig. Inguinaldrüsen rechts vergrößert. Radiumbehandlung; zunächst Besserung, nach einigen Monaten starker Kräfteverfall, Tod an Kachexie. Keine Autopsie.

Tuberkulose der Niere, verbunden mit eingeklemmtem Ureterenstein (Tuberculosis of the Kidney Complicated by Impasted Pelvic Calculus), von H. A. Fowler-Rochester. S. 345—351.

Weitere klinische Studien über den Gebrauch des Merkurochroms als eines allgemeinen Keimtötungsmittels (Further Clinical Studies on the Use of Mercurochrome as a General Germicide), von Hugh H. Young, Edwin C. White und Ernest O. Swartz-Baltimore. S. 354—388. Bei akuter Blennorrhoe ist Merkurochrom wegen seiner intensiven Färbung schlecht anzuwerden. Verf. empfiehlt es dagegen sehr für Instillation in die Posterior bei chronischer Prostatitis. Es soll tief ins Gewebe eindringen und im Prostatasekret noch mehrere Tage nach der Instillation nachzuweisen sein.

Fluoroskopische Untersuchung der Niere (Fluoroscopic Examination of the Injekted Kidneys, and Report of a Case), von F. R. Hagner-Rochester. S. 389—390. Fluoroskopische Untersuchungen, Injektion einer Thoriumlösung durch Ureterenkatheteris-

Digitized by Google

mus bei gleichzeitiger röntgenologischer Beobachtung wird sehr empfohlen. Ganz kurz berichtet Verf., wie er bei einem Pat. sehen konnte, wie die Injektionsflüssigkeit aus dem Nierenbecken in eine außerhalb befindliche Höhle abfloß. Die Operation ergab einen Abszeß in dem Nierenbecken.

Démonstration eines neuen kombinierten Untersuchungstisches (Demonstration of a New Combined Cystoscopic and X-Ray Table), von HUGH H. YOUNG-Baltimore. S. 391—404.

Mai 1921, Nr. 5.

Ein Fall von Pseudohermaphrodismus masculinus mit Hypospadie, stark vergrößertem Utrikel, Abdominaltestikel und Fehlen der Samenblasen (A Case of Pseudohermaphrodismus masculinus, Showing Hypospadias, Greatly Enlarged Utricle, Abdominal Testis and Absence of Seminal Vesicles), von HUGH H. YOUNG und JAMES R. CASH-Baltimore. S. 405—430. 24jähr. Mann, Penis 9 cm lang, Öffnung fast an der Peniswurzel. Hodensack nur ganz winzig klein und leer. Pat. war bereits dreimal operiert worden, doch war der Erfolg unbefriedigend. Es wurde eine neue Harnröhre gebildet; 14 Tage nach der Operation erlag Pat. einer Pneumonie. Es zeigte sich, daß an der rechten Seite unterhalb der rechten Niere ein nicht herabgestiegener Testikel vorhanden war, die Epididymis war gut ausgebildet. Prostata ganz klein, Samenblasen fehlen. An der rechten Seite ein persistenter, teilweise obliterierter MÜLLERscher Gang, der in einen einhornigen Utrikulus endet.

Einige Hypothesen über Nierentuberkulose (Some Hypotheses Regarding Renal Tuberculosis), von ARTHUR L. CHUTE. S. 431—438.

Grundlagen der Gonorrhoebehandlung (The Standard Cure in Gonorrhea), von A. REITH FRASER. S. 439—451.

Das allmähliche Ablassen des Resturins aus einer chronisch überdilatierten Blase (The Gradual Withdrawal of Residual Urine from the Chronically Overdistended Bladder), von GORDON S. FOULDS-Rochester. S. 453—459. Plötzliches Ablassen ist gefährlich. Durch Katheterisieren oder suprapubischen Blasenstich kann man den Urin langsam ablassen. Empfehlung des Apparates von VAN ZWALENBURG für diesen Zweck.

Ein Besuch an einigen europäischen urologischen Kliniken (A Visit to some of the European Urological Clinics), von DANIEL N. EISENDRAHT-Chicago. S. 461—469. Beschreibung der Klinik von MARION-Paris.

Juni 1921, Nr. 6.

Klinische und pathologische Studie der kontrahierten Blase (A Clinical and Pathological Study of Contracted Bladder), von W. A. FRONTZ-Baltimore. S. 491—515. Verf. bespricht besonders die submuköse Fibrosis. Die Kapazität der Blase erreicht normalen Wert, wenn der Pat. stark anästhesiert wird. Dieses deutet auf eine lokale Ursache hin. Wenn angängig Resektion, sonst möglichst tiefe Kauterisation.

Zusammengesetzte Tumoren der Niere (Combined Tumors of the Kidney), von ROGER C. GRAVES und CARL R. TEMPLETON-Boston. S. 517—537. Bericht über einen Fall von Papillom des Nierenbeckens mit papillärem Zystadenom der Niere.

Tropisches Granuloma inguinale im Osten der Vereinigten Staaten (Tropical Inguinal Granuloma in the Eastern United States), von ALEXANDER RANDALL, JAMES C. SMALL und WM. P. BELK-Philadelphia. S. 539—548. Die als Granuloma inguinale, Granuloma pudendi und tropisches Geschwür in Süd-Amerika bekannte Krankheit kommt auch in Philadelphia häufig vor. F. W. Oelze-Leipzig.

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

Bd. 8, H. 3 u. 4.

Beiträge zur Pathologie des Colliculus seminalis, von BRACK-Hamburg. S. 67 bis 75. Der Kollikulus ist sehr häufig äußerlich intakt und verdeckt so eine hochgradige Krankheit seiner Bestandteile, besonders der Samenkanäle, „Ausspritzkanäle". Eine absteigende tuberkulöse Erkrankung des Hodens, Nebenhodens und Samenstranges befällt nicht die Mündungen der Ductus ejaculatorii, da die Bakterien durch die Schlängelung des untersten Endes und durch die größere Elastizität der Wand derselben gegenüber den oberen Teilen aufgehalten werden und sich so im proximaleren Teil der

Digitized by Google

Duktus ansiedeln. So sah Verf. in den oberen Teilen der Duktus große tuberkulöse Einschmelzungsherde und am Kollikulus nur eine geringe Abplattung und Verbreiterung. Auch bei Prostatakarzinom fand er ein beträchtliches Übergreifen auf die oberen Teile der Ductus ejaculatorii, ohne daß endoskopisch am Kollikulus, außer einer gewissen Breite, der geringste Befund zu erheben war. Diese „gewisse Breite, Höhe und Dicke" des Kollikulus ist schon früher als typisch für das Prostatakarzinom bezeichnet worden. Verf. gibt hier erstmalig eine Erklärung dafür. An der Mündung der Duktus fand sich keinerlei karzinomatöse Degeneration des Gewebes, während die proximaleren Teile der Duktus voll Karzinomnester waren. In Vervollständigung der Heller- und Springschen Arbeit stellt Verf. fest, daß der Kollikulus nicht selten bei Urethralkarzinom der Pars membranacea in Mitleidenschaft gezogen wird. Dem Utriculus prostaticus ist in der praktischen Pathologie kein Gewicht beizumessen.

Quantitative Blutbestimmung im Harn bei Hämaturie, von Walter Schiller-Wien. S. 76. Die Schwierigkeit der quantitativen Blutbestimmung im Harn besteht darin, daß stets der Harnfarbstoff die genauen Resultate beeinträchtigt. Das Prinzip der Methode beruht auf dem Unterschied in der Extraktionsbereitschaft, denn während das Hämoglobin nur sehr geringe Mengen von Säure zur Verwandlung in Hämatin braucht, geht doch bei geringem Überschuß und Zusatz von etwas Alkohol das ganze Hämatin in roter Farbe in den Äther über, braucht der Harnfarbstoff bedeutend mehr Säure; bei noch höherer Säurekonzentration geht der Harnfarbstoff wieder aus dem Äther in den Harn zurück und es bleibt nur eine leicht bläuliche Verfärbung, während das Hämatin unverändert im Äther bleibt.

Läßt sich von der ischiorektalen Prostatektomie eine Verhütung des sogenannten Prostatarezidivs erwarten? von Oskar Orth-Landau (Pfalz). S. 83. Verf. weist auf die von ihm und verschiedenen anderen Verfassern beobachtete Tatsache hin, daß häufig nach der suprapubischen Prostatektomie ein neu gewachsener Tumor, oft schon nach Monaten, die alten Beschwerden verursacht. Wie Verf. röntgenologisch feststellen konnte, finden sich nach der suprapubischen Prostatektomie Narbenstränge in der Gegend des Blasenausganges. Bei bereits atonischen Blasen genügen diese, um die alten Beschwerden hervorzurufen. Da es die Prostatakapsel ist, die bei der suprapubischen Methode den Boden für die regenerativen Wucherungen, die man immer noch fälschlicherweise Rezidive nennt, bildet, fordert Verf. die ischiorektale Prostatektomie mit Abtragung der Prostatakapsel, wie sie bisher nur für das Karzinom üblich war, auch für die Prostatahypertrophie.

Über den Einfluß der Epididymektomie auf die Prostata. (Experimentelle Untersuchungen), von Hermann Walthard-Bern. S. 87. Auf Grund der klinischen Beobachtung, daß die Prostatatuberkulose nach der Epididymektomie sich zurückbilde und meist ohne weitere Behandlung ausheile, hat Verf. auch auf einen Einfluß der Epididymektomie auf die Prostata geschlossen, und zwar in der Weise, daß die Prostata auf die einseitige Epididymektomie, genau so wie auf die einseitige Kastration, bei jungen Tieren einseitig atrophiere. Prostatahypertrophien durch Unterbindung des Vas deferens oder durch einseitige Kastration zur Atrophie zu bringen, scheint nach den heutigen Ansichten der Mehrzahl der Autoren noch zweifelhaft. Verf. hat nun den Einfluß der Epididymektomie auf die Prostata an Kaninchen untersucht, wobei er auch darauf achtete, daß am Kaninchen eine Zerstörung der Nervi des Plexus deferentialis bei der Unterbindung des Vas deferens nicht zu vermeiden ist, man also, wenn man eine Prostataatrophie findet, eine eventuelle Beeinflussung durch die Nervenunterbrechung berücksichtigen müßte, die auch von einigen Autoren für die Prostataatrophie verantwortlich gemacht wird. Verf. fand nun bei seinen 27 Kaninchen nach einseitiger Epididymektomie, wie auch nach einseitiger Kastration niemals eine makroskopisch in die Augen springende Atrophie der operierten Seite der Prostata. Bei 30 beiderseitig kastrierten Tieren fand sich stets eine hochgradige Atrophie der ganzen Prostata. Sämtliche Tiere, die mikroskopisch untersucht wurden, sind im Alter von 3—4 Monaten, also in noch nicht voll geschlechtsreifem Alter, kastriert bzw. operiert worden. Die Sektion erfolgte 6—9 Monate nach vollzogener Operation. Verf. kommt auf Grund der Sektionsprotokolle zu dem Schluß, daß beim Kaninchen die einseitige Kastration und die einseitige Epididymektomie keine Atrophie der gleichseitigen Prostatahälfte zur Folge hat, ebenso führt die einseitige Unterbrechung der das Vas deferens begleitenden Nerven nicht zur Atrophie der gleichseitigen Prostatahälfte.

Altes und Neues über die Folgen der Unterbrechung der Samenwege für Hoden und Prostata, von Ernst Wehner-Köln. S. 113. Verf. weist auf den Unter-

Digitized by Google

schied zwischen der früher üblichen Samenstrangunterbindung und der Steinachschen Technik, der Unterbindung der Samenkanälchen hart am Hoden, zwischen Hoden und Nebenhoden, hin. Er hat die Wirkung dieser Technik auf den Hoden sowie auf die Prostata am Kaninchen untersucht. Während er bei 1/4 Jahr alten Tieren eine schwere Schädigung am generativen Hodenteil fand, die aber nicht durch Sekretstauung zu erklären war, da ja noch keine Spermatogenese bestand, fand er die Sertolischen Zellen auffallend zahlreich. Er konnte nicht feststellen, ob sie persistierten oder ob sie gewuchert waren, da keine Mitosen gefunden wurden. Auch konnte er trotz der sicheren Schädigung des generativen Anteiles keine Vermehrung der Leydigschen Zellen feststellen. Beim juvenilen Tier hingegen fand sich ebenfalls eine makroskopische Verringerung des ligierten Hodens. Der Kanälcheninhalt war vielmehr noch geschädigt, es fand sich nirgends ein Anlauf zur Regeneration der Keimzellen. Das interstitielle Gewebe hingegen war außerordentlich gewuchert, doch handelt es sich, im Vergleich mit dem Befund am infantilen Tier, um eine exzessive Mästung des interstitiellen Gewebes mit den abgebauten Substanzen des generativen Hodenanteiles und eine dadurch bedingte Hyperplasie bzw. Hypertrophie. In der äußeren Entwicklung der Tiere konnten keine auffallenden Veränderungen festgestellt werden. Das sexuelle Verhalten hält Verf. für nicht eindeutig genug, um daraus Schlüsse zu ziehen.

In Verfolgung der zweiten Frage, ob die Unterbindung nach Steinach eine Prostatahypertrophie bedingt, wie sie Steinach gefunden haben will, fand Verf., daß beim infantilen Tier entsprechend der nicht erfolgten Reifung der Hoden auch die Prostata auf dem infantilen Zustande verharrt, daß hingegen beim juvenilen Tier an der Prostata mikroskopisch lediglich eine geringere sekretorische Tätigkeit der Prostatadrüsen festzustellen war, dagegen keine Schrumpfung oder Atrophie der Drüsensubstanz. Verf. glaubt diese geringere sekretorische Tätigkeit der Prostatadrüsen, die das Sekret für den Samen liefern, durch die Sperrung des Samenflusses genügend erklärt, sie beruht also auf einer Art funktioneller Ruhigstellung. Die sogenannten sexuellen Operationen bei Prostatahypertrophie können nur eine Verminderung der Turgeszens der hypertrophierten Prostata bedingen, können aber die Erfolge der Radikaloperation niemals erreichen.

A. Rosenburg-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Prostitution und Tuberkulose, von J. W. Samson-Berlin. (Georg Thieme, Leipzig 1921 120 S.) Die Sanierung der Prostitution wird hier als rein gewerbehygienische Frage besonders im Zusammenhang mit der Tuberkulose betrachtet. In den meisten Fällen der vom Verf. untersuchten 1300 Berliner Prostituierten handelte es sich um exogene Reinfektion der Dirnen, die durch Wohnung und Berufsschädlichkeiten in gesteigerter Exposition sind, während ihre oft günstige wirtschaftliche Stellung der Tuberkulose entgegenwirkt. Berufskrankheiten (Lues und Blennorrhoe) und -schäden (Alkoholismus, Nikotinismus, Haftstrafen) sind in ihrem Verhalten zur Tuberkulose und ihrer Progredienz nicht endgültig erforscht. Tritt die Tuberkulose zu einem relativ frischen Stadium der Lues, so erscheint das ungünstiger als bei einer Lues latens III, die eine Verbesserung der Prognose bedeutet. Alkoholismus und Tuberkulose als Parallelerscheinungen bei Pauperismus widersprechen nicht der Tatsache, daß die Alkoholiker weniger Tuberkulöse aufweisen als die Nüchternen, wie auch das Rauchen keinen besonderen Einfluß auf die Entwicklung der Tuberkulose außer in vorgeschrittenen Stadien zu haben scheint. Einwandfrei festzustellen war bisher nur der ungünstige Einfluß des Gefängnisdaseins auf die Tuberkulose. Da nun also Tuberkulose, und besonders Stadien, die die Dirnen in ihrem Gewerbe nicht beschränken, unter den Puellen verhältnißmäßig weit verbreitet ist, und diese durch ihren Körper und ihre Wohnung eine größere Ansteckungsquelle bilden, so ist unter Loslösung sittenpolizeilicher Aufsicht eine sanitäre Kontrolle auch der Tuberkulose etwa im Rahmen des Neisserschen Gesundheitsamtes unbedingt notwendig.

E. Dethleffsen-Heidelberg.

Die klinische Ultramikroskopie und die Frühdiagnose der Syphilis, von G. Fantl-Prag. (S. Karger, Berlin 1921.) Verf. bespricht genau die optische Konstruktion des Dunkelfeldes und den Gang der Untersuchung. Die Arbeit bringt nichts Neues.

G. Assmann-Kiel.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Die leistungssteigernde Wirkung der Röntgenstrahlen und ihre Bedeutung für eine Theorie der Arzneiwirkung, von PAUL CATTANI-Zürich. (Schweiz. Rundsch. f. Med., 1921. Nr. 44 u. folg.) Wichtiger als die großen, leistungshemmenden Dosen sind für die Therapie die kleinen, leistungssteigernden Mengen. Mit ihnen sind Erfolge erzielt bei Frakturen, Rachitis, Psoriasis, Alopezie, Urämie, Diabetes mellitus, achylischer Diarrhoe, atonischen Wunden, Purpura, Hämophilie, parenchymatösen Blutungen usw. SCHULZ wies experimentell die Gültigkeit des ARNDT'schen Gesetzes auch für Arzneimittel nach. Wie in der Röntgentherapie besteht auch hier eine Umkehrung der Wirkung kleiner und großer Dosen. G. W. Unna-Hamburg.

Über Geschlechtsbeeinflussung durch Röntgenstrahlen, von J. WIELOCH-Marburg. (Strahlenther., Dez. 1921, Bd. 13. H. 1.) Bei niederen Tierklassen scheint eine Beeinflussung möglich. (Versuche von HERTWIG und BRIDGES.) Nach gemachten Beobachtungen und theoretischen Überlegungen lehnt der Verf. eine Beeinflussung bei höheren Tieren und Menschen ab. G. W. Unna-Hamburg.

Lassen sich nach Röntgenbestrahlungen durch das Ultramikroskop Veränderungen der Erythrozyten nachweisen? von ULRICH-Frankfurt a. M. (Strahlenther., Dez. 1921, Bd. 13, H. 1.) Selbst nach stärkster Bestrahlung des Blutes in vitro und nach Bestrahlung der verschiedensten Organe ließen sich niemals Strukturveränderungen der Erythrozyten nachweisen. G. W. Unna-Hamburg.

Über die Behandlung der Aktinomykose mit Röntgenstrahlen, von A. PRIKUL-Dorpat. (D. Zschr. f. Chir., 1921, Bd. 166, H. 5 u. 6, S. 414—421.) Durch Röntgenbehandlung und zwei kleinere chirurgische Eingriffe — Fistelauskratzung — gelang es, einen Fall von Aktinomykose des Gesichts völlig zur Ausheilung zu bringen. Es wurde kein Jodkali gegeben, dessen angebliche Spezifität gegen Aktinomykose abgelehnt wird. Glänzendes kosmetisches Resultat. Die Wirkung der Röntgenstrahlen erklärt sich Verf. in diesem Falle indirekt durch die im bestrahlten Organismus hervorgerufene Leukozytose und Leukozytolyse. (?? Ref.) M. Rehbein-Hamburg.

Radiumbehandlung der Leukämie, von M. POPOWSKI-Odessa. (Strahlenther., Nov. 1921, Bd. 12, H. 4.) Verf. erzielt gute Erfolge durch Radium. RÉNON, DEGROIS und DREYFUS sehen die Ursache in der Wirkung der Radium-γ-Strahlen. G. W. Unna-Hamburg.

Radiotherapie der intraabdominellen Neoplasmen testikulären Ursprungs, von A. BECLÈRE-St. Antoine, übersetzt von V. DE CORDOVA. (Strahlenther., Nov. 1921, Bd. 12, H. 4.) Der Verf. berichtet über den eklatanten Erfolg durch Röntgenbestrahlung des Rezidivs eines testikulären Neoplasmas. Untersuchung des primären Tumors zeigte, daß es sich um ein Seminom handelte. Seit 5 Jahren hat sich kein Rezidiv gezeigt, so daß der Patient als absolut geheilt betrachtet werden muß. G. W. Unna-Hamburg.

Röntgenbestrahlungen der Milz zur Hebung der Leukozytose, von WALTER FÖRSTER-Suhl. (Strahlenther., Dez. 1921, Bd. 13, H. 1.) Verf. erzielte in mehreren Fällen auch schwerer Peritonitis auffallende Besserung nach Milzbestrahlungen. Er sieht den Heilfaktor in der hervorgerufenen Leukozytose. G. W. Unna-Hamburg.

Röntgenbehandlung chronischer Erkrankungen der Knochen, Gelenke und Sehnen (Rontgen Ray Therapy in Chronic Diseases of the Bones, Joints and Tendons), von HERMAN B. PHILIPS-New York und HARRY FINKELSTEIN-New York. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 8.) Es kommt darauf an, intensive und destruktiv wirkende Dosen zu vermeiden und anregend wirkende zu wählen. Gute Erfolge bei chronischer Arthritis, tuberkulöser Arthritis und Osteomyelitis, chronischer pyogener Osteomyelitis, chronischen tuberkulösen Ganglien. E. Levin-Berlin.

Karzinom und Milzreizbestrahlung, von FR. V. D. HÜTTEN-Gießen. (Strahlenther., Dez. 1921, Bd. 13, H. 1.) Träger der Abwehrreaktion sind die Lymphozyten. Bei ihrem Zerfall werden epithelienfeindliche Stoffe frei und wirken zerstörend auf das Karzinom. Der gewünschte Lymphozytenzerfall tritt nach Milzreizbestrahlung ein. G. W. Unna-Hamburg.

Einfluß der Plus- und Minuszonen in der Intensitätsverteilung der Röntgenstrahlen auf die klinische Ausheilung des Karzinoms, von WOLFG. WIESER, Wien.

Digitized by Google

(W. m. W., 1921, Nr. 41, S. 1762—1767, Schluß zu Nr. 39/40.) Beschreibung eines Falles von inoperablem Mammakarzinom, der mit einer einzigen Intensivbestrahlung bestrahlt worden war, dann zur Operation kam und bei dem die histologische Untersuchung folgenden Befund hat: Der mit 100% der 4 ED bestrahlte Tumorkeil war bereits nekrotisch geworden; die Minuszonen zeigen zum Teil unverletzte, zum Teil übermäßig stark neuwuchernde Krebszellen. Die schädliche Wirkung der Pluszonen betrifft hauptsächlich das Bindegewebe, was besonders dann in Erscheinung tritt, wenn Plus- und Minuszone nebeneinander gelagert sind. K. Glaser-Berlin.

Erhöhte Röntgenverbrennungsgefahr nach verschiedenen Medikamenten, von Manfr. Fraenkel-Charlottenburg. (Fortschr. d. Med., Dez. 1921, Bd. 39, Nr. 28.) Verf. beobachtete in mehreren röntgenbestrahlten Fällen bei gleichzeitiger Salvarsan-, Jod- oder Bromkur Auftreten schwerer, ungewöhnlicher Verbrennungen. Es ist für solche Fälle ratsam, kleinere Bestrahlungsdosen zu verwenden als üblich.

G. W. Unna-Hamburg.

Schädigung durch zu geringe Menge Röntgenstrahlen, von F. Porges-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 38, S. 1146.) In dem gleichnamigen Aufsatz von Holfelder (M. Kl., 1921, Nr. 23) nimmt P. Stellung, indem er erklärt, daß die schädigende Wirkung der Röntgenstrahlen bei Struma und bei hyperplastischer Thymusdrüse (trotz der diese Auffassung stützenden Äußerungen anderer Autoren) nicht auf zu geringe, sondern auf zu große Dosen zurückzuführen sei. Er führt aus, daß bei Überstrahlung der Schilddrüse sowie der Thymusdrüse eine schwere, chokähnliche Frühresektion mit Entwicklung von starkem Ödem eintritt, das lebensgefährdend wirkt, aber, wenn glücklich überstanden, zu einer Verkleinerung und zweifellosen Involutionswirkung führt. Ferner ist anzuführen, daß derartige Unfälle vermieden würden, wenn man in refracta dosi bestrahlt. Wenn man bei Basedow sich langsam mit der Dosis einschleicht, könne man niemals schaden, schlimmsten Falles nur nicht nützen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Röntgenschädigungen der Urinblase, von Max Müller-Mainz. (Strahlenther., Dez. 1921, Bd. 13, H. 1.) Es werden zwei Fälle schwerer Röntgenschädigung der Blase mitgeteilt. Verbrennung zweiten bis dritten Grades. Die Erscheinungen zeigen sich erst 3—6 Monate nach der Behandlung ohne jede Haut- oder Darmschädigung.

G. W. Unna-Hamburg.

Die Ursachen der Röntgenschädigungen und Winke zu ihrer Vermeidung, von H. Holfelder-Frankfurt a. M. (M. Kl., 1921, Nr. 23, S. 681.) Die Röntgenschädigungen kann man in vier Gruppen einteilen: Schädigung durch Funktionsreiz bzw. Wachstumsreiz, Schädigung durch Zellähmung, durch Zellentartung und schließlich durch Zelltod und Gewebszerfall. In der Literatur sind, wie Verf. darlegt, für alle Gruppen schon zahlreiche Beispiele berichtet. Eine unwillkommene, wenn auch vorübergehende Steigerung der Funktion des Ovariums hat Verf. in der Schmiedenschen Klinik unbeabsichtigterweise bei Bestrahlung des erkrankten Hüftgelenks hervorgerufen. Die Zellähmung, nur graduell von der Zellentartung verschieden, erzeugt man zu therapeutischen Zwecken zwar oft bei Ovarienerkrankungen, doch sieht man dieselbe nicht ganz selten als unerwünschte Nebenwirkung auftreten. Zu dieser Gruppe gehört auch die Erzeugung des Myxödems nach Schilddrüsenbestrahlungen, und auch das chronisch indurierte Hautödem, das besonders bei sehr stark entwickeltem Fettpolster leicht entstehen kann, gehört hierher. Man beugt demselben vor durch starkes Komprimieren solcher Hautpartien und durch Beobachtung recht langer Zwischenpausen. Mit dem Zelltod ist die Entstehung der Röntgengeschwüre verbunden, von denen die Spätformen, die $^1/_2$—3 Jahre nach der Behandlung in die Erscheinung treten, wohl am meisten Sorge bereiten. Man beugt denselben am besten vor durch Einschalten von recht langen Pausen, mindestens von 8 Wochen, zwischen je zwei Tiefenbestrahlungen. Als Vorbeugungsmittel bei diagnostischen Aufnahmen ist u. a. die Verwendung von Filtern bei zu weichem Strahlengemisch und die Einhaltung eines Fokusabstandes von mindestens 40 cm unbedingt zu fordern. Überhaupt sollen gesunde Organe niemals unnötig den Strahlen ausgesetzt werden. Für die Nebennieren hat H. noch neuerdings eine besondere Strahlenempfänglichkeit nachgewiesen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Ausschaltung der sekundären Röntgenstrahlen (The Elimination of Secondary Radiation in Radiography), von Marc V. Abrams-Brooklyn, N. Y. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 8.) Die durch den Durchgang der direkten Strahlen durch den Körper verursachte sekundäre Strahlung kann neben der Benutzung von Coolidge-

Digitized by Google

Röhren beseitigt werden durch Verwendung des Bucky-Potter-Filters. Man erhält dadurch wesentlich klarere Bilder, besonders auch für die Darstellung von Gallensteinen und des Harnapparates. E. Levin-Berlin.

Über Versuche mit einem neuen Durchleuchtungsschirm, von Otto Goldstein-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 47, S. 1428.) Verf. empfiehlt die Verwendung des Siriusschirms der Firma C. A. F. Kahlbaum. Kein Nachleuchten, billiger als Bariumplatinzyanürschirm. F. Harry-Berlin.

Die Wirkung des Radiums auf überpflanzte Tiertumoren, von Francis Carter Wood und Frederick Prime jr.-New York, übersetzt von O. H. Petersen-Dortmund. (Strahlenther., Nov. 1921, Bd. 12, H. 4.) Nach Versuchen an Ratten- und Mäusetumoren verschiedener Typen kommen die Verff. zu folgenden Resultaten. Wichtig für die Wirkung des Radiums sind die Bestrahlungszeit, die Radiummenge und die Entfernung. Bei bloßer Anwendung von γ-Strahlen ist die notwendige Behandlung bedeutend länger. Subletale Bestrahlungen verzögern das Wachstum, noch kleinere Dosen verursachen einen Wachstumsreiz. Die Wirkung auf isolierte Zellelemente ist größer als auf Tumorzellen in vivo. Alle gemachten Beobachtungen lassen sich auch bei menschlichen Tumoren feststellen. G. W. Unna-Hamburg.

Hygiene der Haut und Kosmetik.

Nasenplastik ohne Hautschnitt, von J. F. Esser-Berlin. (D. Zschr. f. Chir., 1921, Bd. 164, H. 1—3, S. 211.) Beschreibung einer Operationsmethode, die hauptsächlich zur Behandlung von stark eingefallenen Sattelnasen in Frage kommt.
M. Rehbein-Hamburg.

Funktionsstörungen.

Seborrhoe, von J. Sellei. (Budapesti Orvosi Ujság, 1919, Bd. 10.) Klinische Studie. Der seborrhoische Symptomenkomplex steht in engem Zusammenhang mit der Dysfunktion gewisser endokriner Drüsen. Außer der Akne, der Rosacea usw. gehören auch manche klinisch genau determinierbare Fälle von chronischer Sykosis (non parasitaria) zu den seborrhoischen Hautkrankheiten. Die normale Funktion der Schweiß- und Talgdrüsen hält eine geregelte Keratinisation aufrecht. Eine Funktionsstörung der Hautdrüsen wirkt rückwirkend auf die Hornzellenbildung. M. Porosz-Budapest.

Zirkulationsstörungen.

Traumatische Purpura, von F. Hirsch-Rostock. (M. Kl., 1921, Nr. 19, S. 561.) Auf die Bedeutung traumatischer Einwirkungen bei der Entstehung von Purpura hat kürzlich Gruss hingewiesen. H. beschreibt einen Fall bei einer Epileptikerin, bei welcher im Anschluß an typische Attacken auf der oberen Brusthaut symmetrisch angeordnete, zahlreiche punktförmige bis hirsekorngroße, zum Teil konfluierende, dunkelkirschrote Flecke auftreten. Die Stauung am Arm bei der Blutdruckmessung erzeugte keine Hämorrhagien. Zytologisch ist besonders die Thrombopenie zu erwähnen. Bei einem 45jährigen Feuerwehrmann bewirkte die Kompression beim Anlegen des Blutdruckmessers jedesmal die Entwicklung einer ausgedehnten Purpura des ganzen Kieferteils. Bei diesem Patienten bestand keine Thrombopenie. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Morbus maculosus Werlhofii, von Alfons Foerster-Würzburg. (Zschr. f. kl. M., 1921, Bd. 22, H. 1—3, S. 170—186.) Fünf mitgeteilte Fälle bestätigen den Parallelismus von Blutplättchenmangel und Auftreten der Blutungen bei Morbus maculosus. Die wiederholt beobachteten auffallend raschen Plättchenkrisen sowie ein Obduktionsbefund machen es wahrscheinlich, daß der Plättchenmangel nicht auf verminderte Bildung, sondern auf vermehrte Zerstörung zurückzuführen ist. Die Trennung in eine kontinuierliche und eine intermittierende Form läßt sich für die Mehrzahl der Fälle durchführen, doch kommen Übergänge vor. Trotz jahrzehntelanger scheinbarer Heilung können scheinbar spontan schwere Rückfälle auftreten. Ein Übergang zwischen Morbus maculosus und Hämophilie ist wegen der für beide Erkrankungen differenten Gerinnungsverhältnisse trotz der mannigfachen Ähnlichkeit nicht wahrscheinlich. Therapeutisch ist der Morbus maculosus nicht wesentlich zu beeinflussen. Der Wert der Milzexstirpation ist in jedem Falle fraglich. Im ganzen exspektative und nur rein symptomatische Therapie bietet dieselben Aussichten. H. Soltmann-Leipzig.

Über akutes umschriebenes Ödem und verwandte Zustände, von H. Quincke-(Kiel) Frankfurt a. M. (M. Kl., 1921, Nr. 23—25.) Zur Ergänzung seiner früheren

Digitized by Google

Veröffentlichungen berichtet Q. über weitere noch nicht beschriebene 36 Fälle, je 18 männliche und 18 weibliche Kranke betreffend. Ein wesentliches Charakteristikum ist die Umschriebenheit und Blässe der Hauteruption, ihre Flüchtigkeit und das Überspringen von einer Lokalisation zur anderen sowie ihr Auftreten in Anfällen von wenigen Tagen, in vielen Fällen nur von stundenlanger Dauer. Dieses Ödem kann auch die Schleimhäute des Atmungs- und des Verdauungsapparates befallen, ferner sowohl das Unterhautzellgewebe allein als auch das tiefere Bindegewebe, Sehnenscheiden, Periost, den Nervus opticus und vielleicht auch das Zwischenbindegewebe von Drüsen und inneren Organen. Wahrscheinlich spielt es bei manchen Fällen von Migräne, von akuten Neuralgien und Myalgien auch eine Rolle. Es ist zu unterscheiden zwischen Ödemen, welche primär durch Ansaugen der Flüssigkeit entstehen, und solchen, welche als sekundäre von den Kapillaren aus (angiogen) durch Änderung der Gefäßwand entstehen. Das spontane, akute, umschriebene Ödem ist endogener Art. — Die Einzelheiten der eingehenden Begründung dieser Darlegung müssen im Original nachgelesen werden. — Therapeutisch kommt in erster Linie die hygienische Behandlung in Betracht; von Medikamenten kommt das Chinin, Natron salicylicum, Kalkpräparate, Atropin, arsenige Säure u. a. zur Verwendung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Eosinophilie beim Quinckeschen Ödem, von M. Gänszlen-Tübingen. (M. Kl., 1921, Nr. 40. S. 1202.) Bei einem Kollegen, der an wiederholten charakteristischen Attacken von Quinckeschem Ödem litt, hatte G. Gelegenheit, das Blut zu untersuchen, wobei zur Zeit der gehäuften Attacken eine Steigerung der Eosinophilen von 9% bis auf 20% und darüber konstatiert wurde. In den anfallsfreien Perioden und (vorübergehend) auf Adrenalininjektion wurde ein weit niedrigerer Prozentsatz (gelegentlich nur 6%) angetroffen. Bemerkenswert ist die Beobachtung, daß die Eosinophilie nicht unmittelbar, sondern erst 6—8 Tage nach erfolgtem Anfall hervortrat. Verf. deutet sie demgemäß als eine anaphylaktische Erscheinung, bedingt durch allmähliche Resorption des ausgeschiedenen Serums. A. Philippi-Bad Salzschlirf..

Varizen und Schwangerschaft, von A. Strübel-Jena. (M. Kl., 1921, Nr. 44, S. 1325.) Messungen mit dem Hautthermometer ergaben bei 12 Fällen eine Steigerung der Temperatur um 1—4°. Ferner wurde an 4 Fällen nachgewiesen, daß das Blut aus den varikösen Venen gegenüber dem Blute aus der normalen Kubitalvene eine Verzögerung der Gerinnung um 10—17,6% aufwies. In ätiologischer Hinsicht kann man wohl daran denken, ob nicht gewisse bei der Schwangerschaft sich entwickelnde Hormone eine schädigende Wirkung auf die Venenwand ausübend, bei der Entstehung der Varizen tätig sind. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Technik der intravenösen Injektion und zur Sublimatinjektionsbehandlung der Varizen, von Model-Creglingen. (M. Kl., 1921, Nr. 43, S. 1292.) Verf. empfiehlt (wie auch andere), bei der Gefäßpunktion die Spritze nach dem Einstechen ins Gefäß erst abzunehmen und Blut aus der Kanüle abtröpfeln zu lassen. Ein untergelegter Gazebausch verhütet das Ausgleiten der eingestochenen Kanüle. Bei Argochrominjektionen macht man die Punktion am besten mit leerer Spritze und füllt dieselbe erst, wenn die Kanüle gut liegt. Die subkutanen Venen eignen sich weniger zur Injektion als die subfaszial gelegene große Kubitalvene. Man wähle Kanülen mit kurzer Spitze. Bei Ulcus cruris varicosum zeitigt der Zinkleimverband oft erst dann gute Resultate, wenn die Varizen durch Injektion von Sublimat verkleinert sind. Dabei besteht allerdings die Gefahr, daß bei den mäandrisch geschlängelten Resten die Kanüle aus dem einen hinaus in den zweiten gestoßen wird, also drei Wandungen passiert. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Krampfadern mit Sublimateinspritzungen und ihre Erfolge, von Linser-Tübingen. (M. Kl., 1921, Nr. 48, S. 1445.) Diese nunmehr durch 10jähr. Erfahrung erprobte Methode erfordert allerdings volle Beherrschung der Technik. Man injiziert $^1/_2$—1—2 ccm einer $^1/_2$—1%igen Sublimatlösung in die Vene in der Absicht, eine Nekrotisierung der Venenwand in beschränktem Umfang und somit eine Thrombose hervorzurufen. Sollte durch irgend einen Fehler etwas von der Lösung ins perivenöse Gewebe gelangen, so ist es am zweckmäßigsten, das betroffene Gebiet alsbald zu exzidieren und exakt zu nähen. Bei sehr stark erweiterten Venen empfiehlt es sich, nach Einführung der Kanüle das betreffende Venenstück durch Hochlagerung und Ausstreichen blutleer zu machen, ehe man einspritzt. Hohes Alter der Patienten ist nicht ohne weiteres als Gegenindikation anzusehen. Eine 74jähr. Patientin ist auf diese Weise von L. mit bestem Erfolg behandelt worden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Urtikaria-, Erythem-, Herpes- und Prurigoformen. Frost.

Bemerkungen zum Aufsatz Fehsenfeld: Über Herpes zoster bei Angina, von J. Flesch-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 38, S. 1147.) Der von Fehsenfeld (M. Kl., 1921, Nr. 26) beschriebene Fall ist ein Beispiel des sog. „Geniculate Syndrome" oder Neuralgia facialis vera, auch Genikulitis oder Hunts Neuralgia genannt, und ist von Ramsay Hunt 1906 in der Transact. am. neur. Ass. unter dem Titel „Herpetic Inflammation of the Geniculate ganglion" beschrieben worden. Verf. hat solche Fälle wiederholt beobachtet. Sie geben eine günstigere Prognose als die echte Trigeminusneuralgie.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Herpes zoster und Varizellen, von J. Bóckay-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1921, Nr. 48.) Zusammenhang beider Krankheiten. Außer 15 schon publizierter Fälle gibt Verf. die Krankengeschichte von zwei Geschwistern. Der eine hatte Zoster, und einige Tage später bekam der andere Varizellen. Gewisse Zostererkrankungen sind nur veränderte Varizellen.
M. Porosz-Budapest.

Das Krankheitsbild der experimentellen herpetischen Allgemeininfektion des Kaninchens, von A. Luger, E. Lauda und E. Silberstern-Wien. (Zschr. f. Hyg. u. Infektionskr., Bd. 94, H. 2/3, S. 200—205.) Die Impfversuche teils mit Herpesbläscheninhalt, teils mit Gehirn-Rückenmarksemulsion ergaben zwei Formen von Allgemeinerscheinungen, entweder anfallsweise auftretende, kurz dauernde paroxysmale Konvulsionen mit tetanischen Krämpfen der gesamten Körpermuskulatur in einer Dauer von 15—30 Sekunden und darauf folgende vollkommen symptomlose Intervalle oder protahierte Attacken mit den genannten, aber weniger ausgeprägten Erscheinungen, aber ohne beschwerdefreie Pausen. Die mit Bläscheninhalt geimpften Tiere zeigten mehr Allgemeinerscheinungen vom Typus der protahierten Attacken, die mit Gehirn-Rückenmarksemulsion geimpften mehr dem Typus des kurzen Anfalles.
G. Assmann-Kiel.

Ein Beitrag zur Frage der Übertragbarkeit des Herpes zoster auf das Kaninchen, von A. Luger und E. Lauda-Wien. (Zschr. f. Hyg. u. Infektionskr., Bd. 94, H. 2/3, S. 206—213.) Eine größere Anzahl von Impfversuchen haben ergeben, daß die Verimpfung des Herpes zoster-Bläscheninhaltes auf die Kaninchenkornea im Gegensatz zum Herpes febrilis und Herpes corneae keine charakteristische makroskopische Reaktion zeitigt. Die mit Herpes zoster geimpfte Kornea ist gegen eine neuerliche Impfung mit Herpes febrilis nicht immun. Die Allgemeininfektion des Kaninchens ist weder bei kornealer noch intravenöser Verimpfung von Bläscheninhalt, Lumbalflüssigkeit und Serum des Pat. gelungen. Die von Lipschütz als Zosterkörperchen beschriebenen Kernveränderungen der Hauteffloreszenz werden entsprechend analogen Befunden bei der Herpes febrilis Keratitis usw. als degenerative aufgefaßt. Das mikroskopische Bild der mit Zoster geimpften Kornea ist durch das Auftreten von Ödem, Riesenzellen, ballonierender Degeneration, intra- und subepithelialem Infiltrat gekennzeichnet.
G. Assmann-Kiel.

Zur Klinik und Therapie des Pruritus und der Furunkulose, von E. Pulay-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 45, S. 1353.) Der Pruritus wird oft einfach als neurogene Dermatose rubriziert, während er nur ein Symptom von tieferliegenden Prozessen darstellt. Als solche nennt P. die Vagotonie, die Gicht bzw. harnsaure Diathese, Diabetes, chronische Urämie und vaskuläre Hypertonie, ferner bei Leukämie und bei klimakterischen Störungen. Die Vagotonie oder, allgemeiner gefaßt, die vegetative Neurose mit Überwiegen der vagischen Komponente, die oftmals mit Urtikaria, Quinckeschem Ödem, Asthma, Heuschnupfen, Anfällen von Bradykardie alterniert, wird am besten mit Atropin bekämpft. Man gibt mehrere Wochen hindurch an den ersten 2—3 Tagen der Woche dreimal täglich 8—10 Tropfen einer schwachen Atropinlösung (0,01:15,0). Am häufigsten trifft man Fälle der zweiten Gruppe an, bei welcher die abnorme Ansammlung von Harnsäure im Blut das ausschlaggebende Moment bildet. Bei Diabetes kann eine einmalige Urinprüfung oft negativ ausfallen, während im Blut abnorm viel Zucker nachzuweisen ist. Ferner beschreibt er zwei Fälle, bei denen der andauernde intensive Pruritus erst beseitigt wurde, als die vorher übersehenen nephritischen Symptome (geringe Diurese, Spuralbumen, Erythrozyten, Zylinder, Nierenepithelien) behandelt wurden. Zu der fünften Gruppe mit dem vorwiegenden Symptom der vaskulären Hypertomie rechnet P. drei Fälle mit einer Druckhöhe von 250 bzw. 180 und 150 R.R., bei denen er neben Urikämie auch Hypercholesterinämie und Hyperglykämie antraf. Die Furunkulose steht nach P. mit dem Pruritus in direktem ätiologischen Zusammenhang,

Digitized by Google

indem durch das Kratzen und Reiben der Hautoberfläche den Staphylokokken erst die Möglichkeit geboten wird, sich reichlicher zu entwickeln.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Pathogenese der Prurigo und des Strophulus infantum, von E. Pulay-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 39, S. 1169.) Prurigo, Strophulus infantum und Urtikaria gehören als eine einheitliche Krankheitsgruppe zusammen. Verf. führt eine typische Krankheitsgeschichte eines 6 jähr. Mädchens an, bei dem man deutlich den Übergang von der Urtikariaquaddel über Blasenbildung hinweg zur Knötcheneffloreszenz beobachten konnte. Der Pruritus, ebenso wie die Effloreszenzenbildung, ist zu erklären durch Zustandsänderungen im Gewebe, bedingt durch Quellungs- und Entquellungsvorgänge als Folgen von Elektrolytwirkungen (Säure, Alkali) im Gewebe.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfrierung, Verbrennung, Wunden.

Über moderne Wundbehandlung, von Paul Albrecht. (W. m. W., 1921, Nr. 42, S. 1793—1800.) Es fällt besonders auf, welch breiten Raum die vor dem Kriege zuletzt sehr in den Hintergrund gedrängte antiseptische Behandlung einnimmt. Die Wunden selbst teilt Verf. in drei Gruppen ein: frische, manifest infizierte und granulierende. Eine Wunde, die älter als 8 Stunden ist, sieht er auf Grund seiner zahlreichen Beobachtungen und bakteriologischen Untersuchungen nicht mehr als frische Wunde an. Auf unbedingte Ruhestellung der Wunde und der Umgebung wird größter Wert gelegt, mit Ausnahme frischer, auch infizierter Gelenkwunden, bei denen bald, nach amerikanischem Vorschlag, sogar schon wenige Stunden nach der Operation mit Bewegungen begonnen wird. Von feuchten Verbänden macht Verf. reichlich Gebrauch; er empfiehlt auch die Dauerberieselung von Wunden. Für stark sezernierende, besonders jauchende Wunden hat er von der offenen Wundbehandlung sehr gute Erfolge gesehen.

K. Glaser-Berlin.

Das Kochsalz in der Wundbehandlung, von H. Rogge-Lübeck. (D. m. W., 1921, Nr. 50, S. 1527.) Hochprozentiges Kochsalz darf wegen seiner Reizwirkung nicht bei Wunden verwandt werden, bei denen eine erhöhte Infektionsgefahr besteht. Auch die physiologische Kochsalzlösung reizt empfindliche Wunden. Indiziert ist das Kochsalz nur dann, wenn man eine Reizwirkung ausüben will. F. Harry-Berlin.

Zur Brandwundenbehandlung, von Tunger-Leipzig. (D. m. W., 1922, Nr. 35, S. 95.) Verf. hat in Ägypten gute Erfolge bei Behandlung von Brandwunden mit: β-Naphthol resubl. 0,25, Ol. Eucalypt. 2.0, Ol. Oliv. 5,0, Paraffin. moll. 25,0, Paraffin. dur. 67,75. Zum Gebrauch wird das Präparat leicht erwärmt und mit einem Haarpinsel auf die Wunden aufgetragen. F. Harry-Berlin.

Wundbehandlung, von C. Bayer-Prag. (M. Kl., 1921, Nr. 49, S. 1471.) In dieser mehr den Chirurgen als den Dermatologen interessierenden Abhandlung gibt B. einen kurzen geschichtlichen Überblick und schildert die Methoden, welche er persönlich bewährt gefunden hat, wobei eine Kombination der antiseptischen mit septischen Prinzipien zur Geltung kommt. Von antiseptischen Mitteln verwendet er hauptsächlich Sublimat, H_2O_2, Formalinlösungen, Bor- und Salizylsäurelösungen und namentlich essigsaure Tonerde. Die technischen Einzelheiten lassen sich in Referate nicht gut wiedergeben. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Transplantationen, von Dominik Pupovac. (W. m. W., 1921, Nr. 41, S. 1755—1761, Schluß zu Nr. 38.) Größere Kasuistik über Gefäß- und Organtransplantationen sowohl von Tier zu Mensch, als auch Autotransplantationen, mit besonderer Berücksichtigung der endokrinen Drüsen. K. Glaser-Berlin.

Impetigo, Pyodermien, Diphtherie.

Unsere Erfahrungen und experimentellen Untersuchungen bei Wunddiphtherie, von L. Frankenthal-Leipzig. (Arch. f. kl. Chir., 1921, Bd. 117, H. 4, S. 716—736.) Verf. weist nach, daß bei der Wunddiphtherie die Mischinfektion die Hauptrolle spielt. In den schweren Fällen handelt es sich meist um eine Symbiose mit Streptokokken. Durch diese erfolgt auch eine Virulenzsteigerung der Di-Bazillen.

M. Rehbein-Hamburg.

Digitized by Google

Ekzem, Rosacea.

Beitrag zum Studium der im Gefolge anderer Dermatosen auftretenden Dermatosen (Contributo allo studio delle cisti epidermiche secondarie ad altre dermatose), von LEONARDO MARTINOTTI, Univ.-Klin. Bologna. (Bulletino delle sciense mediche, Bologna 1921.) Ausführliche Beschreibung der im Gefolge eines Ekzems auf ekzematös gereiztem Grunde symmetrisch auf den Handrücken einer Frau aufgetretenen miliaren Zystenbildungen, die, wie die histologische Untersuchung ergab, nicht vom Drüsenapparat ausgingen, sondern sich als richtige Keratinzysten erwiesen.

E. Sklarz-Berlin.

Zur Ätiologie des Ekzems, von A. WALTER-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1921, Nr. 13.) Für Ekzem prädestinierte Haut ist überempfindlich und läßt an sich auch künstlich ein Ekzem hervorrufen. TOROK und RONA haben erwiesen, daß eine normale Haut auf einfache äußere Reizungen höchstens mit einer Lichenifikation, aber nicht mit Ekzem reagiert. Wenn das der Fall ist, so sind die Ekzemkranken nicht nur äußerlich zu behandeln, denn dies heißt ein Rückweg zur Humoralpathologie. Von 27 Genuinekzemfällen fand der Autor nach einem Probefrühstück in 22 Fällen eine Hyperchloridie und Hyperazidität.

M. Porosz-Budapest.

Psoriasis.

Psoriasis seit 30 Jahren vergebens behandelt, durch Röntgenbestrahlung endgültig geheilt, von L. ROTHBART-Budapest. (Gyógyászat, 1921, Nr. 17.)

M. Porosz-Budapest.

Erythrodermien, Dermatitis exfoliativa, Pityriasis rubra usw.

Zur Behandlung der Pityriasis rosea im Kindesalter mit Milchinjektionen, von KARL LEINER-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 42, S. 1801—1803.) Verf. hat 5 Fälle, Kinder zwischen 6—12 Jahren betreffend, mit Milchinjektion behandelt, indem er 3 ccm, bei fehlender Temperatursteigerung 5 ccm gut gekochter Milch in den Oberschenkel injizierte. 4—5 Tage nach der Injektion beginnende Abschuppung und etwa eine Woche nach der Injektion Verschwinden des Ausschlags bis auf kleine, pigmentierte Flecke. Auch ein Erwachsener wurde mit 10 ccm intramuskulär mit gleich günstigem Erfolge behandelt; Auftreten einer HERXHEIMERschen Reaktion.

K. Glaser-Berlin.

Keratosen.

Ungewöhnliche Schwielenbildungen bei Tucharbeitern und Schmiermittelarbeitern, von M. OPPENHEIM-Wien. (Das österr. Sanitätswesen, 1918, 30. Jahrg., Beih. zu Nr. 1—26.) Durch Anpressen des Tuches an rotierende, mit feinen Stahlstacheln versehenen Farbwalzen bekam ein Pat. an der Volarfläche der Kleinfingerseite sowie den distalen Teilen der Hohlhand und der Volarfläche der Finger zahlreiche, eng aneinandergereihte, parallel gestellte Leistchen in Höhe von 1—2 mm. Die Arbeit geschieht gewöhnlich in der Hitze; der Pat. leidet an Hyperhidrosis. An der aufgelockerten und erweichten Epidermis erzeugen nun die Karden der Trommel eine Furchung der hyperkeratotisch erweichten Hornschicht, die durch die gleichbleibende Beschäftigung persistiert. Fette Öle, besonders aber Mineralöle, regen das Epithel zur Wucherung an. Bei Arbeitern, die Maschinen schmieren oder mit der Erzeugung der Schmiermittel und deren Verfrachtung und Verladung zu tun haben, zeigen sich häufig die bekannte Schmierölakne oder seltener diffuse Hyperkeratose- und Schwielenbildung mittleren Grades. Ein Kutscher, seit zwei Jahren mit Verladen von Fässern mit Schmieröl beschäftigt, zeigt beide Flachhände und Volarflächen der Finger braunschwarz gefärbt. Die normalen Furchen und Liniensysteme sind vertieft durch ausgeprägte Hyperkeratosebildung, besonders auf den Leisten. Haut rauh und spröde. Die Selcher- und Glasbläserschwiele zeigt im Gegensatz dazu durch die mazerierende Wirkung der Hitze und des Schweißes schwammige, feuchte Beschaffenheit.

H. Soltmann-Leipzig.

Atypische Fälle von Keratosis follicularis, von J. SELLEI. (Budapesti Orv. Ujság, 1917, Nr. 42.) Follikuläre, akneiforme Erscheinungen besonders auf den Streckseiten der Extremitäten, welche große Ähnlichkeiten mit Vaselin- und Petroleumakne zeigten, ohne jedoch mit diesem Exanthem identisch zu sein. In mehreren Fällen

Digitized by Google

konnte latente Tuberkulose oder wenigstens tuberkulöse Disposition nachgewiesen werden, doch waren diese Hauterscheinungen auch bei ganz gesunden Individuen aufgetreten. Wahrscheinlich war die Ursache in den Kriegsverhältnissen gelegen. Genaue histologische Untersuchungen ergänzen die klinischen Studien. M. Porosz-Budapest.

Bullöse Dermatosen.

Beitrag zu den Beziehungen zwischen Pemphigus neonatorum und Impetigo contagiosa, von B. Feilchenfeld-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 49, S. 1436.) In Bestätigung der Annahme anderer Autoren (Finkelstein, Kreibich), daß zwischen Pemphigus neonatorum und Impetigo contagiosa älterer Kinder ein Zusammenhang bestehe, hat Verf. in einer Familie bei einem Neugeborenen Pemphigus und bei zwei älteren Geschwistern Impetigo contagiosa beobachtet, ferner bei einem anderen Kinde von einem Jahre beide Erkrankungsformen einander folgend. Verf. wünscht durch seine Veröffentlichung hierauf aufmerksam zu machen und zu weiteren Beobachtungsmitteilungen anzuregen. E. Langer-Berlin.

Über einen Fall von Pemphigus vegetans mit Charcot-Leydenschen Kristallen in den Hauteffloreszenzen, von R. Schärer-Zürich. (M. Kl., 1921, Nr. 24, S. 720.) Verf. schildert den klinischen Verlauf eines sehr charakteristischen Krankheitsfalles bei einem 51jähr. italienischen Handlanger, der 7 Monate in der Klinik behandelt wurde und schließlich fast vollkommen frei von Krankheitssymptomen und in gutem Ernährungszustand nach Hause entlassen wurde. Den therapeutischen Erfolg schreibt er in erster Linie der intensiven Röntgenbehandlung zu mit 20 X pro Stelle durch 1 mm Al. gefiltert. Besondere Bedeutung gewann der Fall durch die Beobachtung von künstlich durch (35 Sekunden lange) Applikation von Kohlensäureschnee und durch Kantharidenpflaster an anscheinend ganz gesunden Stellen erzeugten Blasen. Diese boten in ihrer Entwicklung ganz die gleichen Erscheinungen dar wie die spontan entstandenen Effloreszenzen. Dies würde darauf hindeuten, daß bei solchen Kranken gewissermaßen ein Analogon zum Nikolskyschen Phänomen beim gewöhnlichen Pemphigus. Eine größere Wichtigkeit beansprucht der Fall insofern, als es gelang, in den Blasen, den spontan entstandenen wie in den künstlich erzeugten, Charcot-Leydensche Kristalle nachzuweisen. Dieselben fanden sich in den Schnitten durch die blasigen und vegetierenden Effloreszenzen bei Färbung mit verdünntem Karbolfuchsin als leuchtend rote Oktäder, sowohl frei in den Bläschen als auch (die kleinsten) innerhalb der eosinophilen Zellen und auch im Exsudat der Epidermisbuchten. Bei Weigertscher Fibrinfärbung nehmen sie blaue Farbe an. Auch im feuchten Ausstrich waren die Kristalle nachzuweisen, sowohl im Sekret der spontan wie der auf Reizung entstandenen Blasen. Dabei konnte das Entstehen der Kristalle bzw. deren Wachstum in den eosinophilen Zellen schrittweise verfolgt werden. Verf. weist darauf hin, daß Liebreich auch in normalem Blut diese Kristalle nachgewiesen und ihre intimen Beziehungen zur „eosinophilen Sekretion" der Leukozyten sowie zu den Gerinnungsvorgängen dargelegt hat.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Dr. John Reenstierna in Stockholm wurde zum korrespondierenden Mitgliede der Gesellschaft der Ärzte in Wien gewählt.

Gestorben: Dr. Louis Ranvier, Honorar-Professor am Collège de France in Paris, verdient um die Histologie der normalen Haut, sowie durch grundlegende Arbeiten über Hauttuberkulose und Leucaemia cutis;

Dr. James Woods Babcock, Professor der Psychiatrie am Medical College in Columbia, S. C. Seine 1907 mit J. J. Watson veröffentlichten Mitteilungen über das Vorkommen der Pellagra im Staate South Carolina bildeten den Ausgangspunkt einer mächtig anschwellenden Literatur über diese trotz weiter Verbreitung erst kurz vorher in Nordamerika bekannt gewordene Krankheit, deren Identität mit der europäischen Pellagra er gleichzeitig durch eine Studienreise nach Italien feststellen konnte. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. Mai 1922 | Nr. 18 | Band 74

Über gewerbliche Formalindermatitiden und -Ekzeme.

Von

Prof. Dr. B. Chajes in Berlin-Schöneberg.

Daß Formalinlösungen Dermatitiden und Ekzeme verursachen können, ist seit längerer Zeit bekannt. Galewsky (1) hat eine Reihe von beruflichen Formalinonychien und -Dermatitiden bereits im Jahre 1905 beschrieben, auch Thilo (2) hat seine eigene Krankengeschichte eines Formalinekzems im Jahre 1913 publiziert. Nagelerkrankungen durch die gleiche Ursache sind ebenfalls durch Heller, Galewsky, Blaschko u. a. mehr beobachtet worden. In allen veröffentlichten Fällen handelte es sich aber um wäßrige Formalinlösungen, deren Gehalt zwischen 2—10% schwankte. Daß bei noch höheren Konzentrationen zumal in spirituöser Lösung, wie sie ja häufig bei der Therapie der Hyperhidrosis angewandt werden, Dermatitiden, die recht hartnäckig verlaufen können, entstehen, werden wohl viele Dermatologen beobachtet haben. Das Formaldehyd (HCHO) besitzt eine stark desinfizierende Wirkung; es sterilisiert bereits in einer Konzentration von 0,1—0,2% Bakterien, sogar Milzbrand- und Diphtheriebazillen und unterdrückt die Entwicklung von Bakterien noch in einer Verdünnung von 1 : 50000, wie die Untersuchungen von Wortmann ergaben. Neben der bakteriziden und desodorierenden Wirkung tritt vor allem die Einschränkung der Schweißsekretion hervor, daher spielt ja auch das Formalin als Bestandteil der meisten schweißhemmenden Puder usw. eine Hauptrolle, ebenso wie auch die Epidermis in manchen Fällen durch Formalin härter und widerstandsfähiger wird. Die bisher beschriebenen Fälle von Hautschädigungen durch Formalin betrafen fast ausschließlich Ärzte, Institutsdiener, Präparatoren, kurz Personen, die mit zu Desinfektions- oder Konservierungszwecken dienenden Formalinlösungen zu tun hatten. In dem Thiloschen Falle kam 2—3%ige, in den von Galewsky beschriebenen 4—10%ige Lösung zur Verwendung. Ich habe nun im letzten Jahre sieben Fälle von Formalinekzemen zu beobachten Gelegenheit gehabt, bei denen die Entstehung auf einen erheblich geringeren Formalingehalt, der nämlich höchstens 0,25% betrug, zurückzuführen war, und über die ich bereits kurz im „Zentralblatt für Gewerbehygiene“ berichtet habe.

Vor etwa sieben Monaten suchten mehrere Patienten mein Ambulatorium auf, welche an gleichartigen Hauterkrankungen, nämlich akuten bzw. in das chronische Stadium übergegangenen Ekzemen litten. Es handelte sich um Arbeiter, welche in der Kleberei einer Büstenfabrik beschäftigt waren. Bei den Patienten zeigten sich an beiden Händen und Unterarmen Rötungen und Infiltrationen der Haut und zahlreiche

Digitized by Google

Bläschen, welche teilweise in oberflächliche Ulzerationen übergegangen waren. Neben diesen akut entzündeten Partien bemerkte man wieder andere, bei denen die Haut nicht mehr oder nur noch ganz wenig gerötet und infiltriert war und zahlreiche Knötchen, Verdickungen und Rhagaden zeigte, die teilweise nässten. Bei drei Patienten waren die Nägel etwas weich und biegsam und das Nagelbett leicht entzündet. Bräunliche Verfärbungen der Nägel oder der Haut waren jedoch nicht wahrnehmbar. Reizungen der Atmungsorgane oder der Nieren bestanden nicht. Es handelte sich um das typische Bild einer artifiziellen Dermatitis bzw. eines Gewerbeekzems. Nur bei einem Patienten griff die Entzündung auch auf andere Teile der Haut, die nicht in direkte Berührung mit dem Kleister kamen, über; es zeigten sich auch an den Oberarmen, am Rumpf und den unteren Extremitäten gerötete, teilweise juckende Infiltrierungen der Haut, die an das Bild einer toxischen Dermatitis erinnerten und eine mehrwöchige Arbeitsunfähigkeit bedingten. Bei den anderen Patienten bestand keine Arbeitsunfähigkeit.

Das fast gleichzeitige Auftreten der Hauterkrankung bei mehreren Arbeitern desselben Betriebes — von den 13 in der Kleberei beschäftigten Leuten waren inzwischen 7 in Behandlung getreten — legte den Gedanken nahe, daß eine gemeinsame Ursache vorhanden sein müßte, und zwar eine Ursache, die außerhalb des Rahmens der sonst üblichen Einwirkungen lag; denn die gewöhnliche Tätigkeit bzw. die sonstigen Einflüsse konnten nicht an dem Auftreten der gehäuften Hauterkrankungen schuld tragen, weil der größere Teil der erkrankten Arbeiter bereits 10 Jahre und länger im gleichen Betriebe in gleicher Tätigkeit beschäftigt waren. Die Leute hatten Pappstreifen, die bereits zugeschnitten waren, mit Kleister zu tränken und in Holzformen zu pressen, wobei Hände und Unterarme während der achtstündigen Arbeitszeit vom Kleister bedeckt waren und nur in der Mittagspause und am Schluß der Arbeit mit Wasser und Seife gewaschen wurden. Das ständige Hantieren mit der Kleistermasse, das ja an sich hätte die Ekzeme hervorrufen können, konnte nicht die Ursache sein, denn die Erkrankten hatten ja zum Teil bereits über 10 Jahre die gleiche Arbeit verrichtet, ohne daß sich irgend welche Schädigungen gezeigt hätten. Von den Leuten wurde jedoch der Verdacht geäußert, daß der Kleister selbst in seiner Zusammensetzung die Ursache sein könne, weil die Erkrankungen erst dann, und zwar bei allen fast gleichzeitig aufgetreten seien, als eine neue Lieferung von Kleister in Gebrauch genommen sei. Bei näherer Nachforschung stellte sich heraus, daß in früheren Jahren Roggenmehl, das in heißem Wasser aufgebrüht und jeden Tag frisch bereitet wurde, zu Klebezwecken benutzt wurde. In den letzten Jahren wurde die fertige Kleistermasse jedoch von einer der größten Fabriken fertig geliefert und das täglich gebrauchte Quantum mit Wasser zu gleichen Teilen in großen Schüsseln verdünnt. In diese Masse tauchten die Klebearbeiter bei der Arbeit ihre Hände ein, trugen die Masse mit der Hand auf die Pappe auf und bedeckten dabei ständig Hände und Unterarme damit. Zur Bereitung des gelieferten Kleisters wurde Kartoffelstärke benutzt. Eine Verkleisterung oder Lösungsquellung der Kartoffelstärke beginnt nach den Angaben von Lippmann bei 58,7° und wird bei 62,5° vollständig. Dieselbe Wirkung wie Wasser

Digitized by Google

bei der genannten Temperatur üben alle Quellungsmittel schon in der Kälte auf Stärke aus; so bewirken Kali- und Natronhydrat, Chlorzink, Chlorkalzium, Chlormagnesium u. a. m. Verkleisterung. Das als Glutinin in den Handel kommende Präparat ist eine Lösung von Stärke in verdünnter Ätznatronlauge (Tschirsch). Nach Angabe der liefernden Fabrik wurde der in Frage kommende Kleister durch Natronlauge zur Quellung gebracht und dann durch Zusatz einer anorganischen Säure (Salzsäure) neutralisiert. Eine Einwirkung der Lauge oder Säure kam für unsere Fälle nicht in Frage, weil die Masse — auch bei Verdünnung mit Wasser — vollkommen neutral war. Da nun der fabrikmäßig hergestellte Kleister zum Schutze gegen Fäulnis mit einem Konservierungsmittel versetzt wird, konnte dieses vielleicht als schädigende Ursache in Frage kommen. Und in der Tat ergab die Untersuchung der Kleistermasse, welche in der chemischen Abteilung des Hauptgesundheitsamtes der Stadt Berlin (Leiter: Prof. Dr. Fendler) von Herrn Dr. Frank in liebenswürdiger Weise vorgenommen wurde, daß Formalin in dem Kleister nachweisbar war, und zwar zu 0,05 %. Dieser Prozentgehalt war erheblich niedriger als er auf Befragen von der Fabrik angegeben wurde, denn diese erteilte die Auskunft, daß auf 500 kg Kleistermasse 2,5 kg Formalin, d. h. also 0,5 %, zugesetzt wurde. Die Differenz läßt sich vielleicht dadurch erklären, daß die zur Untersuchung kommende Masse bereits zur Hälfte verdünnt war und durch Stehen schon einen Teil des Formalins abgegeben hatte. Daß so geringe Konzentrationen von Formalin bereits genügen, um Hauterkrankungen hervorzurufen, war bisher noch nicht beschrieben worden. Um diese Wirkung zu erklären, muß man sich die Entstehung der Gewerbeekzeme bzw. gewerblichen Dermatitiden vor Augen halten. Daß die Einwirkung physikalischer und chemischer Schädigungen Hautentzündungen hervorrufen kann, zumal wenn es sich um stark wirkende Agentien handelt, ist ja bekannt. Dieser Fall könnte wohl für Formalinlösungen in höheren Konzentrationen in Frage kommen, und hierzu wären vielleicht die von Galewsky u. a. beschriebenen Fälle zu rechnen; bei so geringem Formalingehalt, wie eben der Kleister in unseren Fällen hatte, kommt aber eine starke chemische Reizung als Ursache nicht in Frage. Versuche, durch die Kleistermasse am eigenen Unterarm unter über 24 Stunden liegenden Okklusivverbänden Hautreizungen hervorzurufen, fielen negativ aus. Für das Zustandekommen von Dermatitiden und Ekzemen wird in anderen Fällen wieder eine besondere Disposition verantwortlich gemacht. Auch dafür liegen bei unseren Patienten keine Anhaltspunkte vor; es waren ferner keinerlei Stoffwechselstörungen oder sonstige Allgemeinerkrankungen nachweisbar, die disponierend hätten wirken können. Auch daß sämtliche Erkrankten späterhin wieder die gleiche Arbeit mit dem gleichen Kleister — allerdings ohne Formalinzusatz — ohne Störung ausführen konnten, spricht dagegen. Erklärlich werden die beobachteten Hauterkrankungen jedoch, wenn man sich vergegenwärtigt, daß bei vielen gewerblichen Arbeitern ihre Berufsarbeit an sich schädigend auf die Haut einwirkt, daß jedoch eine Gewöhnung in soweit eintritt, als die gewöhnlichen Noxen noch ohne auffällige Anzeichen einer Entzündung vertragen werden; die Haut ist also, ähnlich wie ein geschwächtes Herz, imstande, den normalen Anforderungen zu genügen. Wo aber eine un-

Digitized by Google

gewöhnliche Inanspruchnahme erfolgt, zeigen sich die krankhaften Erscheinungen. Mit dieser Annahme läßt sich die Entstehung der hier beschriebenen Dermatitiden und Ekzeme ganz zwanglos erklären. Die dauernde Einwirkung des Kleisters auf die Haut der Hände und Unterarme hatte eine Gewöhnung mit sich gebracht, die eine den Leuten auffällige oder störende Hauterkrankung nicht aufkommen ließ. Wo aber die Belastung durch den Formalinzusatz größer wurde, genügte selbst eine so geringe Konzentration, um heftige Dermatitiden bzw. Ekzeme hervorzubringen. Eine etwaige Idiosynkrasie gegen Formalin anzunehmen erscheint wohl etwas zu gesucht, da plötzlich mehr als die Hälfte aller Klebearbeiter — 7 von 13 — erkrankten und es außerordentlich sonderbar wäre, wenn gerade bei 7 Arbeitern eines Betriebes eine doch nicht so häufige Idiosynkrasie bestände! — Höchstens könnte bei dem einen Patienten, der ein generalisiertes Ekzem und eine vielleicht toxische Dermatitis zeigte, eine Idiosynkrasie vorliegen.

Die zahlreichen oberflächlichen Ulzerationen sind leichte Hautinfektionen, die erst sekundär entstanden sind. Daß sie es überhaupt sind — trotz der erwähnten stark desinfizierenden Wirkung auch schwacher Formalinkonzentrationen — könnte vielleicht auffällig erscheinen. Man muß aber bedenken, daß der formalinhaltige Kleister im Höchstfalle doch nur acht Stunden einwirkte, und daß während der übrigen Zeit die entzündete und verletzte Haut einen um so besseren Nährboden für die infizierenden Keime bot.

Von besonderem Interesse vom dermatologischen und gewerbehygienischen Standpunkte aus ist ferner die Tatsache, daß ein hoher Kochsalzgehalt des Kleisters keinerlei Entzündungserscheinungen machte. Als nämlich der nachher auch durch die Untersuchung bestätigte Verdacht aufkam, daß die damals in Verwendung genommene neugelieferte Kleistermasse schuld an dem Auftreten der Hauterkrankungen sei, wurde von der Fabrik bereitwilligst eine neue Lieferung zur Verfügung gestellt. Bei dieser wurde die Konservierung dadurch erzielt, daß in dem Kleister bei der Behandlung mit Salzsäure ein Überschuß von Kochsalz entstand; es wurde denn auch in der zur Hälfte verdünnten Masse 16,1 %ige NaCl nachgewiesen. Sämtliche Arbeiter, die vorher an den Dermatitiden und Ekzemen gelitten hatten, sogar auch der Patient, der wegen eines generalisierten Ekzems längere Zeit arbeitsunfähig war, hatten auch nach mehrmonatiger Benutzung des mit Kochsalzüberschuß konservierten Kleisters keinerlei Hautentzündungen mehr aufzuweisen.

Die Behandlung der Erkrankten bestand in Anwendung einer 2 % Resorzin enthaltenden Schüttelmixtur und heißer Umschläge einer 2 %igen wäßrigen Resorzinlösung. Vielleicht ist an dem Nichtauftreten neuerer Entzündungen auch die Tatsache schuld, daß angeblich die meisten Arbeiter in der Kleberei vorbeugend ihre Hände und Unterarme mit gutem Leinöl einrieben. Theoretisch wäre ja ein Schutz der Haut gegen die mazerierende Einwirkung des Kleisters denkbar.

Was bei unseren Erkrankungen für den Dermatologen interessant ist, ist eben die Tatsache, daß schon ganz geringe Konzentrationen von Formalin — im Höchstfalle von ¼ % — schon imstande sind, das, wenn ich mich so ausdrücken darf, labile Gleichgewicht einer stark belasteten

Digitized by Google

Haut zu stören und Dermatitiden bzw. Gewerbeekzeme hervorzurufen. Es erscheint mir nicht zweifelhaft, daß zahlreiche andere chemische Substanzen die gleiche Wirkung haben, so daß es auch vom gewerbehygienischen Standpunkt aus wünschenswert wäre, wenn seitens der Dermatologen auf solche Vorkommnisse geachtet und aufmerksam gemacht würde.

Stellen Karbunkel und Furunkel eine klinische Einheit dar?

Eine kurze Betrachtung

von

Geh. Sanitätsrat Dr. Josef Schütz in Frankfurt a. M.

Karbunkel und Furunkel werden vielfach miteinander identifiziert, gleichsam als wäre der Karbunkel nichts weiter als ein räumliches Zusammentreffen mehrerer Furunkel.

Diese Anschauung ist verwerflich, schon weil sie in ihren praktischen Konsequenzen Arzt und Patient schädigt.

Wenn bei beiden Erkrankungen dieselben Eiterkokken nachgewiesen wurden, und auch Überimpfungen derselben identische Resultate lieferten — Milzbrandkarbunkel und Rotzknoten mit ihrer sichergestellten Ätiologie scheiden hier aus der Betrachtung aus —, so beweist das nichts. Es können nämlich dieselben Erreger unter verschiedenen Bedingungen jeweils andere Wirkungen ausüben und ganz verschiedene Krankheiten erzeugen. Diese Anschauung habe ich mir zu eigen gemacht, nachdem ich einige ganz frische Fälle von Karbunkeln diagnostiziert und behandelt habe. Da ich nun auch selbst vor längeren Jahren an einem ausgedehnten Nackenkarbunkel erkrankt war, hatte ich Gelegenheit, durch Selbstempfinden der Beobachtung nachzuhelfen.

Für mich steht es fest, daß der Karbunkel vom ersten Tag seines Auftretens an vom Furunkel total und nicht nur graduell verschieden ist. Dieser Gesichtspunkt förderte mancherlei Gegensätze:

Der Karbunkel ist selten, selbst an seiner Sammelstelle, in den Krankenhäusern. Bei der gemeinen Häufigkeit des Furunkels wäre das sonderbar, wenn eine Zusammengehörigkeit beider Krankheitsformen bestünde. Sodann ist die Lokalisation des Karbunkels eine bestimmte. Es gehört zu den Ausnahmen, wenn ein Karbunkel nicht auf der derben Haut des Nackens oder Rückens sitzt und ausnahmsweise einmal auf der Lippe, dem Gesäß, der Oberschenkelvorderfläche Platz nimmt. Der Furunkel, der in der Wahl seines Standpunktes wenig beschränkt ist, kommt an den Lieblingsstellen des Karbunkels ebenfalls vor, sogar nicht selten, ohne sich darum während seines ganzen Verlaufs irgendwie von seinesgleichen anderen Ortes zu unterscheiden. Die Örtlichkeit allein kann also für beide verschiedenartige Prozesse nicht bestimmend sein.

Das Alter von Karbunkelpatienten ist ebenfalls umgrenzt. Vor dem 40. Lebensjahr habe ich nur einmal, jetzt im Krieg nach den Einwir-

Digitized by Google

kungen des fettlosen Steckrübenwinters, den Karbunkel angetroffen. Der Karbunkel sucht den kranken (Zucker), geschwächten oder senilen Körper auf. Furunkel gibt es dagegen in jedem Lebensalter, am meisten sogar im frühen Mannesalter, in der Zeit der größten Kraftfülle. Die Furunkulose der schwächlichen Säuglinge, der Diabetiker und Marastische beweist wieder wie vorhin bei der Lokalität des Sitzes, daß auch die letzthin genannten Körperverhältnisse allein nicht maßgebend sind für die Prägung des Krankheitscharakters.

Ein Karbunkel bereitet schon gleich am ersten Tag örtlichen Schmerz und gar bald auch eine Störung des Allgemeinbefindens. Beides nimmt in wenigen Tagen zu. Sehr früh ist der Karbunkel schon so empfindlich, daß der Patient darüber klagt, namentlich daß der Schmerz weithin ausstrahlt in Gegenden, die mit dem eigentlichen Krankheitsherd nichts mehr zu tun haben. Der Schmerz des Karbunkels an seinem fortschreitenden Rand ist stechend, reißend, als wenn mit Gewalt große Mengen feiner Bindegewebsfasern von ihrer Unterlage emporgerissen würden. Was immer Kongestionen macht, das trägt zur Erneuerung und Verbreiterung des Schmerzes bei. So trat bei mir genau $2^1/_2$ Stunden nach dem Essen von dem rechts im Nacken sitzenden Karbunkel ausgehend, ein Reißen ein, das nach oben bis zum queren Ansatz des Hinterhauptsmuskels reichte und nach vorn an der Brustseite merkwürdigerweise bis an die Stelle vordrang, wo die Hosenträgerschnalle drückte, die dann für eine Stunde jedesmal entfernt werden mußte. Letzteres Symptom fand ich bei einem Patienten wieder, der an gleicher Stelle wie ich einen Karbunkel hatte und sich wunderte, daß er so bestimmt nach diesem Schmerzpunkt gefragt wurde.

Auch wo zu Beginn Frost oder Fieber beim Karbunkel nicht einsetzen, ist von vornherein das Allgemeinbefinden gestört. Nicht sehr widerstandsfähige Personen hören auf mit ihrer Tätigkeit oder verlangen Bettruhe. Demgegenüber bleibt es beim Furunkel in den ersten Tagen bei einem nur lästigen Gefühl der Spannung und Unbeholfenheit; erst später tritt Klopfen und Hitze hinzu, alles immer örtlich begrenzt, nicht weit über den Krankheitsherd sich verbreiternd. Die meisten Furunkelpatienten sind nicht gewillt, beruflich sich auszuschalten.

Der Furunkel stellt also einen örtlich stabilen Prozeß dar, während der Karbunkel einem in der Fläche wie in der Tiefe relativ rasch vordringenden Entwicklungsgang entspricht. Gerade diesen Punkt findet man klinisch in den Lehrbüchern nicht gewürdigt, oft sogar in der Krankheitsdefinition negiert. Man trifft beim Karbunkel an der Peripherie einen harten, etwas erhabenen, wallartigen Rand, der bei eintretenden Kongestionen schubweise sich weiterschiebt, den Bereich des Karbunkels stetig vergrößert. Auch wenn der Karbunkel nicht die bekannten dünnen, schokoladenfarbigen Exkrete, sondern guten Eiter produziert, und dieser Eiter freien Abfluß hat, schreitet jener Wall voran, solange er besteht. Ganz anders der Furunkel: hat dieser eine gewisse Reife und genügend freie Öffnung, so tendiert er zur Heilung. Ich sah einen Karbunkel von nur viertägigem Bestand, der am Vormittag seinem Äußeren nach sich kaum von einem kleinen Furunkel unterschied, und war erstaunt, gegen Abend bei der Operation ihn um die Hälfte vergrößert zu finden.

Digitized by Google

So eilt der Furunkel in der Regel nicht. Der Talgdrüsenfurunkel, wenn er nach mehreren Tagen seinen Eiterstock fertig hat, wächst wenig in die Tiefe, sondern mit demselben gewissermaßen in die Höhe. Der Schweißdrüsenfurunkel, der breit und flach angelegt, eine Nekrose einer Gewebsfläche zu bewältigen hat, manchmal wie ein Karbunkel aus mehreren Öffnungen Eiter entleert (Furunculus vespajo), nimmt, sobald überall für freien Abfluß gesorgt ist, keine weitere Ausbreitung vor. Die eitrige Schmelzung ist beim Furunkel viel reaktiver als beim Karbunkel, dessen Haupterscheinungen bestehen in Infiltration, Thrombosierungen, Mortifikation.

Dies ist wohl auch der Grund, daß der Karbunkel in der Regel keine Drüsen infiziert, während man beim Furunkel manchmal Lymphadenitis und Lymphangitis eintreten sieht, so beim Extremitätenfurunkel.

Das Karbunkelinfiltrat findet eine Barriere an den Faszien; der Furunkeleiter, der nicht nach außen brechen kann, nimmt seinen Weg entlang den Gewebslücken (Senkungsabszesse am Halse).

Der Verlauf eines Karbunkels ist zeitlich viel ausgedehnter als der eines Furunkels. Selbst nach erfolgter Reinigung der Geschwürsbildung nimmt bis zum definitiven Schluß die Nachbehandlung elend lange Zeit in Anspruch, eine Geduldsprobe für Patient und Arzt. Auch bei kleinen frischen Karbunkeln darf man sich über diesen Punkt beim Patienten nicht in Schweigen hüllen oder gar eine Wiederherstellung nach einem chirurgischen Eingriff in etlichen Tagen in Aussicht stellen. Es gibt beim Karbunkel allemal eine Behandlung nach Wochen und Monaten, dabei selten eine schöne Narbe. Bei geschwächten oder wankelmütigen Patienten dürfte es ein Gebot menschlicher Klugheit sein, die ärztliche Verantwortung von vornherein gegenüber der so schleppenden und bösen Zufällen ausgesetzten Krankheit auf zwei ärztliche Schultern zu laden, den Fachchirurgen zuzuziehen. Beim Furunkel sind die Gefahren ungleich geringer und seltener. Nur bei den Furunkeln der Oberlippe, des Gesichts, des Anus kommen die Todesfälle vor, namentlich bei ersteren durch Sinusthrombose. Die sonst gefürchtete Pyämie, Osteomyelitis und nephritischen Abszesse sind nur seltene Ausgänge bei Furunkeln.

Die örtliche Therapie kann beim Karbunkel nicht früh genug einsetzen. Die gepriesene chirurgische Frühbehandlung des Furunkels dagegen führt nicht zu den kosmetisch schönsten und dem Patienten vergnüglichsten Resultaten. Wenn das Messer, wie bei manchen Schweißdrüsenfurunkeln, überhaupt nötig ist, führt eine kleine Reifung zu raschem und auch dem Patienten plausibeln sofortigen Erfolg, benötigt dann auch nicht den Kreuzschnitt, der so leicht auffallende Narben hinterläßt, während oft auch größere runde Eröffnungen (Auslöffelung nach Lassar) merkwürdig geringe Spuren hinterlassen. Wenn beim Furunkel die Freilegung des Eiterherdes den Hauptpunkt der Behandlung darstellt, sind beim Karbunkel entspannende Schnitte durch die äußerste Randzone und in genügender Tiefe die Hauptsache. Wird bei der Spaltung der fortschreitende Infiltrationsrand des Karbunkels nicht durch seine ganze Ausdehnung und Tiefe durchschnitten, so bleibt der Erfolg sicher aus, statt Stillstand gibt es Fortschritt mit allen Beschwerden und Gefahren, trotz freiem Eiterabfluß.

Digitized by Google

Der Karbunkel gehört im allgemeinen in den Operationssaal. Ohne allgemeine Narkose ist demselben schwer beizukommen, schon wegen der Dicke und gummiplattenähnlichen Härte der kranken Gewebe. Mit einer lokalen Leitungsanästhesie am Nacken vorzugehen, kann ich auch in den Frühstadien des Karbunkels nur abraten. Die gesunde Haut ist dort so derb, daß man mit der Nadel kaum durchdringt. Dort hört das „Fühlen mit der Nadelspitze" im Sinne Brauns auf, man muß vielmehr achthaben, daß man die Nadel nicht zerbricht, bei dem Druck, der nötig ist. Gleich daneben aber befindet sich das sehr schmerzhafte kranke Gebiet. Dies alles bedeutet für den Patienten dann das Gegenteil von Anästhesie. Bei größeren Karbunkeln bedarf man guter Assistenz zur Blutstillung der starren Gewebe. Wichtig sind beizeiten Analeptika und Tonika.

Mag sich die noch immer spärliche Pathologie, die außerhalb unseres Themas liegt, zu unseren zwei Krankheiten stellen, wie sie will, klinisch und praktisch muß meines Erachtens die Trennung beider durchgeführt werden. Gerade in dermatologischen Handbüchern wird dem Kern der Sache meist ausgewichen, und nur wenige Bearbeiter, wie v. Winiwarter und Unna, haben sich der Sache angenommen.

Da seit dem schwächenden Einfluß des verlorenen Krieges bei uns die Karbunkel gegen früher an Häufigkeit zunehmen, mögen diese knappen Betrachtungen, so wenig Neues sie vielleicht den Chirurgen vom Fach bringen, für andere Ärzte willkommen sein.

Aus der dermatologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenkauses Hamburg-Barmbeck (Oberarzt: Prof. Dr. R. Hahn).

Gonorrhoebehandlung mittels Impfungen nach Ponndorfs Methode.

Von

Dr. Eduard Wellmann, Sekundärarzt.

Angeregt durch eine Arbeit von Schmidt-La Baume, die in der M. Kl., 1921, Nr. 43 erschienen ist, wurden auf der dermatologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck Versuche angestellt, durch regelmäßige Kutanimpfungen nach der Ponndorfschen Methode mit Gonargin und Arthigon einen schnelleren und günstigeren Heilungsverlauf der Gonorrhoe zu erzielen, als es bisher mit den üblichen Methoden möglich ist.

Als Impfstoff wurde verwandt Gonargin Nr. III (1000 Millionen Keime in 1 ccm), Gonargin Nr. IV (5000 Millionen Keime in 1 ccm) und Gonargin Nr. V (10000 Millionen Keime in 1 ccm), ferner in einzelnen Fällen Arthigon extrastark. Die Impfungen wurden am Oberarm gemacht nach der Ponndorfschen Vorschrift durch Setzen von ganz leicht blutenden Rissen mit der Lanzette. Etwa 3—4 Tropfen der Vakzine wurden eingerieben. Temperaturerhöhungen oder sonstige Allgemeinreaktionen konnten nie danach beobachtet werden. Lokale Reaktionen traten auf in

Digitized by Google

Gestalt einer leichten Rötung und Schwellung des geimpften Bezirks bei Verwendung von Gonargin IV und V. Auf Gonargin III und Arthigon extrastark zeigten nur wenige Fälle eine lokale Reaktion. Etwa einen halben Tag nach der Impfung begann die Hautrötung, die sich dann nach ungefähr 2 Tagen wieder völlig zurückbildete; stärkere pustulöse oder phlegmonöse Entzündungen traten in keinem einzigen Fall in Erscheinung. Die erkrankten Organe selbst zeigten nach den Impfungen ein ganz verschiedenes Verhalten; bei manchen Patienten wurde der urethrale Fluor am nächsten Tage stärker, um dann sehr bald an Intensität wieder abzunehmen, bei anderen wiederum setzte der Ausfluß aus, trat aber in den nächsten Tagen wieder auf; und bei einer dritten Gruppe war irgend ein Einfluß überhaupt nicht erkennbar.

Alle dieser Vakzinebehandlung unterworfenen Kranken wurden außerdem in der allgemein üblichen Weise mit Silberlösungen behandelt.

Unser Material erstreckt sich auf insgesamt 261 Fälle aller Stadien der Gonorrhoe einschließlich der hauptsächlichsten Komplikationen. Im folgenden möchte ich zunächst 156 männliche Gonorrhoekranke einer näheren Betrachtung unterziehen.

1. Akute und subakute Fälle.

Es handelt sich um 73 Patienten. Bei 51 dieser Kranken war ein Erfolg fraglich; sie heilten nicht schneller, als alle übrigen nur der Silbersalztherapie unterworfenen. Es verhielten sich diese Fälle der Vakzinebehandlung gegenüber anscheinend durchaus indifferent. Bei den übrigen 22 konnte irgendein günstiger Einfluß auf den Heilungsprozeß mit Bestimmtheit negiert werden; in diesen Fällen trat trotz einer ganzen Anzahl von Impfungen keine Änderung der Sekretion, keine Verminderung der Gonokokken auf. Im Gegenteil, auch noch wochenlang nach dem Aussetzen der Gonarginbehandlung und unter reiner chemischer Therapie wurden Gonokokken im mehr oder minder reichlichen Sekret gefunden. Aus einer größeren Anzahl sich ähnelnder Krankengeschichten führe ich nur ein Beispiel an:

N. S., 21 Jahre. Seit acht Tagen Ausfluß; letzter Verkehr einige Tage vorher. Befund: Reichlich eitriger Ausfluß aus der Urethra, Gonokokken (Go.) ++. Nebenhoden, Prostata o. B. Aufgenommen am 4. I. 1922. 5. I. Gonargin-IV-Impfung. 6. I. Go. +, Leukozyten (Leuk.) ++, 9. I. Gonargin-IV-Impfung, 10. I. Go. +, Leuk. ++, 12. I Gonargin-IV-Impfung, 13. I. Go. ++, Leuk. ++, 16. I. Gonargin-IV-Impfung, 17. I. Go.+, Leuk. ++, 19. I. Gonargin-V-Impfung, 20. I. Go. +, Leuk. ++, 23. I. Gonargin-V-Impfung, 24. I. Go. +, Leuk. ++. Weiterbehandlung mit Silberlösung, später Bougiebehandlung. 5. II. Go. —; 7. II. Go. +; 9. II. Go. + immer noch mäßige, eitrige Sekretion.

Eine auffallend günstige Beeinflussung der Gonorhoe im akuten und subakuten Stadium mittels der Impfungen sahen wir nicht in einem einzigen Falle.

2. Chronische Fälle.

Auch hier wieder im wesentlichen dasselbe Bild. Unter 28 Fällen waren 21, bei denen die Frage offen gelassen werden muß, ob eine Beeinflussung stattgefunden hat oder nicht. Vielleicht wären sie durch die sonst übliche Behandlung, die gleichzeitig angewandt wurde, auch

Digitized by Google

ohne die Impfungen in derselben Zeit der Heilung entgegengeführt worden. Und bei den übrigen 7 Fällen konnte ein positiver Erfolg sicher abgelehnt werden. Es traten wohl manchmal anfangs Scheinerfolge auf, doch nach längerer oder kürzerer Zeit setzte der Rückfall wieder ein.

3. Komplikationen.

Ob die Komplikationen mit einer akuten oder chronischen Gonorrhoe zusammentrafen, spielt bei der Beurteilung über den Erfolg oder Mißerfolg keine Rolle, da ein wesentlicher Unterschied nicht beobachtet wurde. Ich lasse deshalb bei den folgenden Betrachtungen den Zusatz ob akut oder chronisch fort.

a) Prostatitis: Im ganzen wurden 16 Fälle behandelt. Bei 6 Fällen hatten wir den Eindruck, daß unter der Vakzinebehandlung die Prostataschwellung auffallend schnell abnahm, daß die Gonokokken sehr bald aus dem Prostatasekret verschwanden und die Patienten in relativ kurzer Zeit zur Heilung kamen. Auch die Druckempfindlichkeit der Prostata ging sehr schnell zurück. Man kann wohl in diesen 6 Fällen von einem durchaus günstigen Einfluß der Gonarginimpfungen reden. Bei weiteren 4 Kranken ist trotz mehrfacher Impfungen eine Wendung zur Besserung nicht eingetreten; und bei den restlichen 6 muß die Frage ob Erfolg oder Nichterfolg wieder unentschieden bleiben; wahrscheinlich hätte die Massage schließlich denselben Effekt erzielt.

b) Epididymitis: Es wurde nicht ein einziger Fall beobachtet, bei dem nach den Impfungen eine schnelle erhebliche Besserung eintrat. Die Schwellungen und Schmerzhaftigkeit gingen bei manchen nur langsam, bei andern weniger langsam zurück, wie wir das auch sonst bei unserer Kälte- resp. Wärmebehandlung gesehen haben. Von unseren 35 Fällen reagierten 11 überhaupt nicht auf die Impfungen, und bei den anderen 24 kann man nur sagen, es ist möglich, daß sie mit dazu beigetragen haben, den entzündlichen Prozeß zu beseitigen; ein in die Augen springender Erfolg war jedenfalls nicht nachzuweisen.

c) Aftergonorrhoe: Es steht mir nur ein Fall zur Verfügung, bei dem aber die Vakzinetherapie keinerlei erfolgreichen Einfluß zeigte. Erst nach wochenlang fortgesetzter Behandlung mit antiseptischen Spülungen und Silberpräparaten gelang die Heilung.

d) Arthritis gonorrhoica: In einem Falle trat eine Besserung auch nach mehreren Impfungen nicht ein und in zwei anderen ist der Erfolg zweifelhaft, das Zurückgehen von Schwellung und Schmerzhaftigkeit setzte nur zögernd ein, und die ausgiebige Beweglichkeit in den befallenen Gelenken ließ lange auf sich warten. Bei einem derart Erkrankten wurde etwas Auffallendes beobachtet, die Impfung wirkte glänzend provokatorisch, indem am nächsten Tag in dem lange Zeit gonokokkenfreien Sekret wieder reichlich typische Gonokokken gefunden wurden. Nach jeder Impfung klagte der Patient über 1—2 Tage anhaltende, stärkere Schmerzen in den Gelenken. Diese Art der Behandlung wurde nach der 7. Impfung abgebrochen, da eine Besserung nicht erzielt wurde.

Als Provokationsmethode hat sich nun diese Vakzineimpfung mit Gonargin in einer Reihe von Fällen ganz hervorragend bewährt.

Digitized by Google

½—1 Tag später setzte reichlicher Fluor ein, der entweder vorher sehr minimal war oder auch ganz aufgehört hatte. Gonokokken wurden dann mehr oder weniger reichlich gefunden. Von langer Dauer war allerdings diese Ausflußvermehrung meist nicht, nach 2—3 Tagen stellte sich oft der alte Zustand wieder ein. Immerhin war es uns gelungen, in einigen zweifelhaften Fällen, bei denen man nicht wußte, ob Gonorrhoe oder ob einfache Urethritis vorlag, durch die Impfung Gonokokken hervorzulocken, so daß die Diagnose gesichert und die richtige Therapie eingeleitet werden konnte. Zur besseren Veranschaulichung füge ich einige Auszüge aus Krankengeschichten an:

R. S., 24 Jahre. Aufgenommen 6. I. 1922. Seit 2 Monaten Ausfluß, vorbehandelt. Befund: mäßiger grauweißlicher Ausfluß. Go. —, Leuk. ++, Nebenhoden, Prostata o. B. Urin klar. 9. I. Gonargin-IV-Impfung, 10. I. Go. —, Leuk. +, 12. I. Gonargin-IV-Impfung, 13. I. kein Ausfluß, 18. I. Reizspritze mit 2% Protargol; 19. I. Go. —, 26. I. Gonargin-V-Impfung, 27. I. Go. +, Leuk. ++. Weiterbehandlung mit Silberlösungen.

Erst bei der 3. Impfung, und zwar mit Gonargin Nr. V, extrastark, gelang die Provokation, Gonargin Nr. IV war anscheinend zu schwach.

E. E. 20 Jahre. Aufgenommen 13. I. 1922. Letzter Verkehr vor 4 Wochen. Ausfluß seit 8 Tagen. Befund: mäßiger schleimiger Ausfluß, Go. —. Beide Lappen der Prostata vergrößert, von weicher Konsistenz. 14. I. Gonargin-IV-Impfung, 15. I. Go. —, Leuk. +, 16. I. Gonargin-IV-Impfung, 17. I. Go. —, Leuk. ++, 19. I. Gonargin-IV-Impfung, 20. I. Go. +, Leuk. ++, vom 27. I. ab Go. wieder dauernd negativ. 30. I. Prostatavergrößerung verschwunden. 15. II. geheilt entlassen.

Auch hier wieder war die Provokation erst nach der 3. Impfung gelungen; dieses Mal schon bei dem schwächeren Gonargin Nr. IV.

W. S., 19 Jahre. Aufgenommen 18. I. 1922. Seit 3 Wochen Ausfluß, vorbehandelt. Befund: mäßiger schleimiger Ausfluß, Go. —, Leuk. ++, Prostata etwas geschwollen, Druckempfindlichkeit. 19. I. Gonargin-IV-Impfung. 20. I. Go. —, Leuk. ++, 23.I. Gonargin-IV-Impfung, 24. I. Go. +, Leuk. ++, 25. I. Die Schwellung der Prostata beginnt langsam zurückzugehen, im Sekret keine Gonokokken. 26. I. Gonargin-IV-Impfung, 27. I. Go. +, 30. I. Gonargin-IV-Impfung, 31. I. Go. +, 2. II. Gonargin-V-Impfung, 3. II. Go. —. Die Prostataschwellung ist ganz bedeutend zurückgegangen. 6. II. Gonargin-V-Impfung, 7. II. Go. +. Bis zum 21. II. Go. fast dauernd +. 27. II. Auf Wunsch des Vaters entlassen.

Im vorstehenden Fall wirkte die zweite Impfung bereits provokatorisch.

L. E., 26 Jahre. Vor 5 Jahren und vor 1 Jahr Gonorrhoe. Seit 2 Wochen wieder Ausfluß, Go. —, Leuk. ++. Urin klar. Nebenhoden, Prostata o. B. 6. I. Gonargin-IV-Impfung, 7. I. Go. —, Leuk. ++, 9. I. Gonargin-IV-Impfung, 10. I. Go. —, Leuk. ++, 12. I. Rechter Nebenhoden mäßig geschwollen, druckempfindlich. 16. I. Gonargin-IV-Impfung, 17. I. Go. +, Leuk. ++, 19. I. Gonargin-IV-Impfung, 20. I. Go. —, Leuk. +, 24. I. Gonargin-V-Impfung, 25. I. Go. —, Leuk. ++, 26. I. Gonargin-V-Impfung, 27. I. Go. —, Leuk. ++. Nebenhodenentzündung bedeutend gebessert. Ausfluß nun bis zur Entlassung am 26. II. dauernd frei von Go.

Wir sehen auch hier wieder die Provokation mit Erfolg nach der dritten Impfung. Auffallend ist auch das Auftreten der Nebenhodenentzündung während der Impfungen. Das später angewandte Gonargin, extrastark, förderte keine Gonokokken mehr zutage.

O. S. Aufgenommen 30. I. 1922. Seit 4 Monaten Ausfluß, vorbehandelt, angeblich wurden nie Gonokokken gefunden. Befund: Condyl. acum. Kein Ausfluß aus der Harnröhre; Nebenhoden, Prostata o. B. Urin klar. 31. I. Gonargin-IV-Impfung, 1. II. kein Ausfluß. 2. II. Gonargin-IV-Impfung, 3. II. Go. +, Leuk. ++. Vom 10. II. ab Go. wieder dauernd negativ. Weiterbehandlung mit Silberlösungen und Gonarginimpfungen. Auch auf Gonargin extrastark kein Auftreten von Gonokokken mehr.

Digitized by Google

Auffallend ist, daß in allen vorerwähnten Fällen die provokatorische Wirkung erst nach der 2. oder 3. Impfung eintrat. Im übrigen wirkt wohl das Gonargin Nr. V, extrastark, etwas kräftiger als Gonargin Nr. IV.

Ich schließe jetzt einige Worte an über die Erfahrungen, welche wir mit dieser neuen Methode bei der weiblichen Gonorrhoe gemacht haben. Es handelt sich um 91 Patientinnen, darunter 45 mit akuter Gonorrhoe, 44 mit chronischer und 2 mit gonorrhoischen Adnexkomplikationen. Die Impfungen wurden zum Teil alle 8 Tage, zum Teil 2mal wöchentlich vorgenommen. Die größte Anzahl der Patientinnen erhielt 3 Impfungen, manche auch bis zu 6. Eine auffallende Veränderung in der Stärke des Fluors wurde nie danach beobachtet. Von den an akuter Gonorrhoe erkrankten 45 Frauen reagierten 3 überhaupt nicht; Gonokokken wurden unentwegt wochenlang auch nach dem Aussetzen der Impfungen noch gefunden. Und bei den übrigen 42 Patientinnen kann man kein entscheidendes Resultat fällen, ob die Impfung einen Erfolg hatte oder nicht. Denn da ja alle auch mit Silberlösungen gleichzeitig behandelt worden sind, läßt sich nicht sagen, welche Art der Behandlung zum Ziele geführt hat. Jedenfalls steht aber so viel fest, daß kein einziger Fall schneller als mit der chemischen Behandlung allein dauernd gonokokkenfrei geworden ist. Ein eklatanter günstiger Einfluß der Vakzineimpfung auf die Heilung der Gonorrhoe liegt nicht in einem einzigen Fall vor.

Genau so verhält es sich mit den 44 Fällen chronischer Gonorrhoe. Bei allen diesen ist ein Einfluß der Impfung fraglich.

Von den beiden gonorrhoischen Adnexkomplikationen zeigte der eine Fall bestimmt keine Einwirkung der Vakzinetherapie; während man bei dem anderen Fall die Frage offen lassen muß; denn er hätte sich wahrscheinlich auch ohne Impfung gebessert; beschleunigt wurde die Heilung jedenfalls nicht.

Anschließend hieran möchte ich einen kurzen Auszug aus einer Krankengeschichte geben, wo in einem Falle von weiblicher Gonorrhoe sich das Gonargin als provokatorisches Mittel bewährt hat.

E. H., 27 Jahre, Arbeiterin. Mai 1921 antiluetische Kur. Letzter Verkehr angeblich September 1921. Aufnahme ins Krankenhaus am 19. I. 1922. Befund: alte Narben an den Genitalien, indolente Leistendrüsen, Ausfluß aus Urethra und Scheide, Go. —, Leuk. ++. 20. I. Gonargin-IV-Impfung, 21. I. Go. —, Leuk. +, 24. I. Gonargin-IV-Impfung, 26. I. Go. —, Leuk. +, 27. I. Gonargin-V-Impfung, 28. I. Go. +, Leuk. + (Urethra), 31. I. Gonargin-V-Impfung, 4. II. Gonargin-V-Impfung, 4. II. Go. —, Leuk. ++, 8. II. Arthigon-Impfung, 11. II. Go. —, Leuk. +. Bis zum 17. II., dem Entlassungstage, immer frei von Gonokokken.

Bei dem vorliegenden Fall hat sich das schwächere Gonargin Nr. IV zur Provokation nicht geeignet, erst das Gonargin extrastark lockte die Gonokokken hervor. Außer diesem einen Male ist es uns bei unseren weiblichen Gonorrhoekranken nicht wieder gelungen, durch die perkutane Einverleibung von Gonokokkenvakzine etwa versteckt schlummernde Gonokokken ans Tageslicht zu ziehen.

Und nun komme ich zu den gonorrhoischen Vulvovaginitiden der kleinen Mädchen. Die außerordentlich langwierige Behandlungsdauer dieser Erkrankung ist hinreichend bekannt. Wir erhofften nun durch die Vakzinetherapie mit Gonargin eine derart günstige Umstimmung der Körpersäfte zu erreichen, daß die Erreger der Gonorrhoe schnell und

Digitized by Google

dauernd aus dem Fluor verschwinden möchten. Leider sahen wir uns in unseren Hoffnungen getäuscht. Alle 14 Kinder, die neben der Silbertherapie auch geimpft wurden, heilten nicht schneller aus, als alle anderen Kinder, die nur mit Silberlösungen behandelt wurden. Bis zu 8 Impfungen, in Abständen von 8 Tagen, wurden vorgenommen. Nur 2 Fälle sind bemerkenswert, da auch hier wieder das Gonargin provozierend auf die Gonokokken gewirkt hat, indem am Tage nach der Impfung der vorher gonokokkenfreie Fluor stärker, eitriger wurde und wieder zahlreiche Gonokokken aufwies. Tags darauf war der Fluor wieder geringer. Das Allgemeinbefinden blieb jedesmal unbeeinflußt. Im folgenden kurze Auszüge aus den beiden Krankengeschichten:

1. K. L., 7 Jahre. Aufgenommen 27. IX. 1921. Seit 4 Tagen Ausfluß. Go. +, Fluor stark eitrig. Bis zum 19. XI. 1921 Go. dauernd +; seitdem Ausfluß geringer. 26. XI. 1921 Go. —, 4. XII. Go. —, 7. XII. Gonargin-Impfung, 9. XII. Go. —, 10. XII. Go. —, 15. XII. Gonargin-Impfung, 16. XII. Go. +, 23. XII. Gonargin-Impfung, 24. XII. Go. —, 29. XII. Gonargin-Impfung, 30. XII. Go. +, 3. I. 1922 Gonargin-Impfung, am selben Tage Go. +, 5, I. Go. —, 9. I. Gonargin-Impfung, 10. I. Go. +, 12. I. Gonargin-Impfung, 13. I. Go. —, 16. I. Gonargin-Impfung, 17. I. Go. —, 19. I. Gonargin-Impfung, 20. I. Go. —. Bis zur Entlassung, am 19. II., frei von Gonokokken.

2. E. S., 6 Jahre. Aufgenommen am 19. X. 1921. Geringer Fluor, Go. +, seitdem Go. dauernd negativ. 7. XII. Gonargin-Impfung, 9. XII. Go. +, 10. XII. Go. —, 15. XII. Gonargin-Impfung, 16. XII. Go. +, 23. XII. Gonargin-Impfung, 24. XII. Go. +, 29. XII. Gonargin-Impfung, 30. XII. Go. —, 3. I. 1922 Gonargin-Impfung, am selben Tage Go. —, 9. I. Gonargin-Impfung, Go. nun immer negativ bis zum Entlassungstage am 22. II. 1922.

Überhaupt keinen Erfolg sahen wir bei 5 Kindern, bei denen immer wieder, trotz aller Behandlung, Gonokokken im Fluor nachgewiesen wurden; einige Mädchen reagierten wohl anfangs nach den Impfungen mit einem geringer werdenden Fluor und einem vorübergehenden Verschwinden der Gonokokken; doch wenn dann nach einigen Wochen jegliche Therapie ausgesetzt wurde, traten prompt wieder Trippererreger und reichlich eitriger Fluor in Erscheinung.

Wenn ich die vorstehenden Ausführungen noch einmal kurz zusammenfasse, so läßt sich sagen, daß im großen und ganzen die perkutane Einverleibung von polyvalenter Gonokokkenvakzine auf den Verlauf und Heilungsvorgang der Gonorrhoe und ihrer hauptsächlichsten Komplikationen keinen wesentlichen Einfluß ausübt; daß jedenfalls diese Art der Therapie der bisher üblichen medikamentösen oder physikalischen nicht überlegen ist.

Andererseits scheint mir die Gonarginimpfung, und zwar mit Gonargin Nr. V, extrastark, in einer Reihe von Fällen als Provokationsmethode gute Dienste geleistet zu haben: Der Ausfluß wurde stärker, vorher nicht nachzuweisende Gonokokken wurden am Tage nach der Impfung mit Sicherheit gefunden. Ob nun allerdings diese Art der Provokation in allen fraglichen und ungewissen Fällen zum Ziele führt, möchte ich bezweifeln, denn des öfteren konnte keinerlei Einfluß der Impfung auf Fluor und Gonokokken beobachtet werden.

Digitized by Google

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. Februar 1922.

Vorsitzender: Riehl. Schriftführer: Kumer.

Reiner: **Psoriasis auf seborrhoischer Grundlage.** Seit 7 Wochen an Stamm und Extremitäten blaßrötliches Exanthem, an Brust und Rücken zu größeren, unregelmäßig begrenzten, kleienförmig schuppenden Flecken konfluiert. Daneben halbkugelig vorragende, weiche, auf Druck abblassende Knötchen, die nur hier und da ein zartes, weißes, leicht abhebbares Schüppchen tragen; nach kräftigerem Kratzen punktförmige Blutung. Diagnostisch käme Parapsoriasis in Betracht.

Rusch: 1. **Systematisierter Naevus vasculosus** bei einem Mädchen, der sich links an den Extremitäten und am Stamme, am letzteren in zosteriformer Anordnung, findet und am Rumpfe mit leicht narbig atrophischen, pigmentierten Residuen in spontaner Involution begriffen ist.

2. **Leucaemia cutis.** 58jähr. Mann in gutem Ernährungszustand mit Milztumor, generalisierter Drüsenschwellung und leukämischem Blutbefund mit 140000, vorherrschend kleinen Lymphozyten. Rhinophyma. Stirnfalten plump verdickt, durch tiefe Furchen getrennt, derb, bräunlichrot, ebenso die Nasolabialfalten. An der Oberlippe ein taubeneigroßer und eine kleinerer knolliger Tumor. Am rechten Ellenbogen ein kleinapfelgroßer, praller, derber Tumor, der auf den darunterliegenden Schleimbeutel überzugreifen scheint, von bläulichrotem Kolorit. Nach aufwärts an der Innenseite des Oberarms ein handtellergroßer Herd wie idiopathische Atrophie, knitterig, gefältelt, unelastisch, glänzend, bläulichrötlich, nach Abheilung eines früher bestandenen Infiltrates zurückgeblieben. Demnach eine postleukämische Hautatrophie, eine, wie es scheint, noch nicht beschriebene Atrophieform. Im Bereiche des rechten Vorderarmes drei subkutan verlaufende, federkieldicke, derbe, stellenweise knotig verdickte Stränge, gleichfalls leukämische Infiltrate und anscheinend den perivenösen Lymphräumen entlang zur Ausbildung gekommen. Dauer der Erkrankung 5 Jahre.

Brünauer: 1. **Lupus vulgaris exulcerans.** 68jähr. Frau, Wangen und Nase stark vergrößert, bläulichbraunrot. Sondendruck bleibt bestehen, bei Anämisierung braungelbe Knötchen wahrnehmbar. An zahlreichen Stellen graugelbe Krusten, darunter stalaktitenförmig wuchernde lupöse Massen. Am harten und weichen Gaumen ist die Schleimhaut schwulstartig, höckerig, gelblich, morsch und leicht eindrückbar; dazwischen graugelb belegte Substanzverluste.

2. **Keratoma senile, Epitheliom.** 84jähr. Bauer, Gesichtshaut trocken, runzelig, zeigt senile Degeneration. An den seborrhoischen Stellen bis bohnengroße, flache, gelblichgraue, warzige Bildungen. Aus einer am rechten Ohrläppchen hat sich ein Epitheliom entwickelt, ein großer Substanzdefekt mit steil abfallenden Rändern und zahlreichen, weißgrauen epitheliomatösen Perlen.

Riehl: **Stomatitis ulcerosa nach 10%iger weißer Präzipitatsalbe** bei einer Psoriasiskranken. Patientin hatte sich mit Lenigallol und gleichzeitig mit Präzipitatsalbe die behaarte Kopfhaut eingerieben, außerdem war die Präzipitatsalbe auch am übrigen Körper nach Seifenwaschung durch 10%ige Lenigallolsalbe ersetzt worden; kurze Zeit darauf Stomatitis. Der Zusammenhang mit der Einreibung mit Präzipitat- und Lenigallolsalbe erwies sich durch die Einwirkung beider Präparate aufeinander im Reagenzglase. Eine leicht alkalische Lösung von Lenigallol, mit einer Aufschwemmung von weißem Präzipitat vermengt, ergibt einen graugrünen Niederschlag. Dieser Bodensatz besteht aus kolloidalem Hg. Offenbar waren die in den Epidermisspalten usw. liegengebliebenen Präzipitatmassen durch Einwirkung des Lenigallols zersetzt und metallisches Hg freigeworden. Vielleicht ließe sich diese Applikationsart lokal mit Nutzen verwerten, da wir damit kolloidal verteiltes Hg mit dem Gewebe in Berührung zu bringen vermögen.

Fischl: 1. **Gumma pharyngis.**

2. **Alopecia areata fere totalis.**

3. **Tbc. verrucosa cutis, Atrophie, Cornu cutaneum.**

Planner: **Hyperkeratosis follicularis et parafollicularis cutim penetrans (Kyrle).** 28jähr., im 8. Monat gravide Patientin mit Krankheitserscheinungen, die nach

Digitized by Google

längerer Remission vor 6 Monaten in stetig zunehmender Eruption sich in besonderer In- und Extensität entwickelten.

Kumer (Klinik Riehl): 1. **Atrophia cutis idiopathica.** 40jähr. Frau, seit 1918 erkrankt. Befallen sind beide untere Extremitäten, Bauch- und Gesäßgegend und der rechte Unterarm. Haut an der Peripherie lividrot verfärbt, zigarettenpapierartig, im Zentrum sklerodermieähnliche, plattenartige Verhärtungen, hier die Haut weißgelblich, an der Oberfläche dünn, faltbar und leicht schuppend. Am Gesäß links eine harte, zwei Handteller große Platte, am linken Oberschenkel knotenartige Verhärtungen. Durch die weißgelbe, verhärtete Haut scheinen vielfach, den Papillen entsprechend, lividbläuliche Punkte durch.

2. **Pemphigus vulgaris.** 78jähr. Mann, ausschließliche Lokalisation der Blasen am Hodensack.

Fuhs (Klinik Riehl): **Audouinische Mikrosporie des behaarten Kopfes bei drei Brüdern.** Während die beiden jüngeren Knaben typische Herde zeigen, besteht beim Ältesten ein in die Tiefe greifender Herpes tonsurans vesico-pustulosus, an einer Stelle Übergang zur Kerionform. Es wird damit neuerlich auf die Ähnlichkeit im klinischen Bilde der Trichophytie und Mikrosporie verwiesen, das eine sichere Differentialdiagnose, abgesehen von typischen Fällen, klinisch kaum stellen läßt.

Randak (Klinik Riehl): 1. **Kerion Celsi** am Nacken eines 18jähr. Kranken.

2. **Erythema induratum exulceratum** an beiden Unterschenkeln einer 21jähr. Patientin.

Arzt (Klinik Riehl): 1. **Serpiginöse Lues.** 27jähr. Frau zeigt seit Mai 1921 an der linken Oberlippe einen braunroten, leicht elevierten, ziemlich matschen Herd, der die Schleimhaut nicht ergreift. WR +. Mikroskopisch kein Anhaltspunkt für Tuberkulose.

2. **Eczema seborrhoicum.** 16jähr. Patient mit scheibenförmigen Herden, im Zentrum gelb, Ränder leicht eleviert und entzündlich gerötet, um die Körpermitte und linken Seite der Oberschenkel. Trotz Ähnlichkeit mit Herpes tonsurans maculosus wird wegen negativen Pilzbefundes die Diagnose seborrhoisches Ekzem gestellt.

3. **Drei Fälle von Plaut-Vincentscher Erkrankung der Mundhöhle.** Zwei Patienten hatten niemals mit Quecksilber zu tun, einer vollendete Januar 1922 eine Hg-Kur. Im ersten Falle ulzeröse Erscheinungen an der Gingiva, im zweiten Ulzera unter der Zunge und an der Wangenschleimhaut sowie an der linken Tonsille, im dritten ein Ulkus an der Oberlippenschleimhaut, so daß rüsselförmige Beschaffenheit resultiert. In allen Fällen Plaut-Vincentsche Spirillen.

Fachzeitschriften.

The Urologic and Cutaneous Review.

August 1921.

Einige noch unklassifizierte Epidermophytien des Rumpfes und der Hände (Certain Unclassified Epidermophytes of the Body and of the Hands), von R. Sabouraud-Paris. S. 443—444. Verf. weist in der Arbeit auf 2 Themen hin, die zu bearbeiten es ihm an Zeit fehlt, die aber außerordentlich lohnend sein würden. Es handelt sich um die Pityriasis rosea Gibert und ähnliche hierzu gehörende Erkrankungen. Obwohl die Krankheit nach Auftreten und Verlauf als Musterbeispiel einer parasitären Erkrankung gelten kann, sind die Erreger unbekannt und eine Übertragung nicht nachgewiesen. In den Effloreszenzen sind Pilze nicht gefunden, was nach Sabouraud an der Untersuchungstechnik liegt. Denn Du Bois-Genua hat in einer der Pityriasis sehr ähnlichen Erkrankung von etwas mehr seborrhoischem Charakter Parasiten gefunden, indem er eine der kleinsten, sich schon etwas lösenden Schuppen, und zwar mit einer Follikelöffnung darin, untersuchte; ungefärbt, in einem Tropfen Essigsäure bei mittlerer Vergrößerung, abgeblendet. Im Ausführungsgang des Follikels zeigt sich ein Nest kleiner eiförmiger Sporen, stark lichtbrechend und gleichförmig, von Myzelien aber ist nichts zu entdecken; es handelt sich also um einen nicht erforschten Parasiten, noch nicht klassifiziert, der von Du Bois als Erreger der Pityriasis rosea angesehen wird, von Sabouraud als neuer

Digitized by Google

Pilz, aber nicht als Pityriasiserreger anerkannt wird. Eine weitere Arbeit wäre über das Epidermophyton inguinale zu machen. Sabouraud hat es nicht nur im Ekzema marginatum nachgewiesen, sondern mehrfach bei Intertrigo der Zehen und bei dyshidrotischem Ekzem der Hände und Füße, allerdings hier oft versteckt unter Sekundärinfektionen. Doch nie ist es ihm gelungen, den Pilz aus diesen Affektionen zu züchten. Es wäre interessant festzustellen, ob alle oder welche Fälle von dysidrotischem Ekzem von Epidermophyton inguinale verursacht werden.

Die Darstellung der Lepra und Leprakranker in der Kunst, besonders in Deutschland (The Representation of Leprosy and of Lepers in Minor Art, Particularly in Germany), von Alfred Martin-Bad Nauheim. S. 445—452. Verf. beschreibt die mittelalterlichen Darstellungen auf Grabplatten, Glasmalereien, Stichen, Miniaturen usw., aus denen wir über das Aussehen (oft mehr Syphilis oder Skabies!), die Kleidung und die Lebensweise Lepröser in dieser Zeit mancherlei erfahren.

Licht- und Hitzebehandlung der Epididymitis (The Light and Heat Treatment of Epididymitis), von Edwin W. Hirsch-Chicago. S. 453—455. Um eine wirksame und bequeme Hitzeapplikation zu erreichen, wird, nach Hochlagerung des Skrotums, dieses mit einigen Lagen feuchter Gaze bedeckt und dann darüber eine elektrische Lampe mit halbkugeligem Reflektor mit einer blauen 100 Watt-Birne befestigt; am besten an einer Leine hängend, die vom Kopf- zum Fußende des Bettes geht. Die Hitzezufuhr läßt sich abschwächen dadurch, daß die Lampe etwas vom Skrotum entfernt wird. In den meisten Fällen läßt der Schmerz bei dieser Methode sehr bald nach.

Konservative Behandlung bei Prostatahypertrophie (Conservative Treatment of Enlarged Prostrate), von Albert P. Condon-Omaha. S. 455—457. Nicht in allen Fällen von Prostatahypertrophie betrifft die Vergrößerung die ganze Drüse, sondern entweder den einen Seiten- oder den Mittellappen. In diesen Fällen von partieller Vergrößerung entfernt Verf. stets nur den hypertrophierten Teil, aber auch bei Totalvergrößerung begnügt Verf. sich mit einer Entfernung des Mittellappens und legt sofort nach der Operation in die durch suprapubischen Schnitt eröffnete Blase Radiumkapseln oder -nadeln auf die nicht entfernten Drüsenteile. Die Vorteile dieser Methode sind darin zu finden, daß die Harnröhre intakt bleibt, die Infektionsgefahr sehr gering ist, ein Teil der Drüse erhalten bleibt und die Mortalitätsziffer — bei Verf. — gleich Null war. Die Heilung verlief in allen Fällen bis auf einen, wo sich eine Urinfistel gebildet hatte, schnell und glatt.

Herstellung der Antigene für die Wassermannsche Reaktion (Preparation of Antigens for the Wassermann-Reaction), von Marcel Bloch und Marcel Pomaret-Paris. S. 457—458. Die seit 2 Jahren von den Verff. angewandte Methode der Antigenherstellung bei hohen Temperaturen, d. h. durch Kochen in 95%igem Alkohol, hat gezeigt, daß die Einwirkung der Hitze keineswegs die Antigene schädigt, auch nicht bei den alkohollöslichen Lipoiden; sondern man erhält bei dieser Herstellungsweise, die in allen Einzelheiten beschrieben wird, sehr wirksame Antigene, frei von allen antikomplementären Eigenschaften.

Hutschweißlederdermatitis (Dermatitis from Hat Sweat-Bands), von J. Stangenberg-Bonn (Deutschland). Kasuistischer Beitrag.

Ein komplizierter Fall von Harnröhrenstriktur (A Complicated Case of Urethral Stricture), von Maximilian Stern-New York. S. 458—459. Kasuistischer Beitrag.

Ein Fall von Purpura annularis (A Case of Purpura Annularis), von K. Edel-Haarlem (Holland). S. 460. Kasuistischer Beitrag.

Chirurgische Behandlung bei chronischer Urethritis anterior (Surgical Treatment in Chronic Anterior Urethritis), von Simon Reisler-Indianapolis. S. 461—462. Nichts Neues.

Blasendivertikel (Diverticulum of the Bladder. With Report of an Unusual Case), von Robert B. Stewart-Topeka (Kansas). S. 463—465. Blasendivertikel kommen fast ausschließlich beim männlichen Geschlecht vor. Die Anzeichen sind die einer Zystitis, die allen Behandlungsmethoden gegenüber refraktär ist, oder es werden Prostatasymptome vorgetäuscht. Oft besteht aber neben dem Divertikel eine Prostatavergrößerung. Die einzige erfolgreiche Behandlung ist die chirurgische. Die Entfernung des Sackes kann intra- oder extravesikal vorgenommen werden. Die Mortalität ist hoch. Die Diagnose ist mit Hilfe des Zystoskopes leicht zu stellen. Es folgt die Beschreibung eines Falles, der am rechten Ureter eine größere Aussackung hatte; der Fall kam nicht zur Operation.

Digitized by Google

September 1921.

Sekundärinfektionen und Mischformen bei Lupus vulgaris und ihre therapeutischen Konsequenzen (The Hybrids and Secondary Infektions in Lupus Vulgaris and the Therapeutic Consequences), von L. Brocq-Paris. S. 507—512. Zeigt bei Fällen von Lupus vulgaris faciei die Affektion eine auffallende Härte, beim Berühren oder besonders bei der Skarifikation, die Verf. in fast allen Lupusfällen anwendet, so denke man stets an eine Kombinationsform von Lupus mit Lues. Selbst in Fällen, wo diese Diagnose durch die Blutuntersuchung nicht erhärtet wird, nehme man eine antisyphilitische Kur vor, und es wird sich zeigen, daß in den meisten Fällen die Infiltration unter Salvarsan- und besonders Kalomelbehandlung schwindet und die bis dahin erfolglose lokale Lupustherapie jetzt gute Erfolge zeitigt. Das häufige Auftreten von Erysipel bei Lupus, das im Volksglauben als ein Mittel zur Heilung angesehen wird, ist in vielen Fällen von einer akuten Aussaat frischer Knötchen begleitet, in sehr wenigen Fällen trat nach Abheilen des Erysipels eine Besserung des Lupus ein. Bei den Sekundärinfektionen von Lupus durch Staphylokokken, durch Streptokokken oder durch Mischinfektionen beider unterscheidet Verf. 3 Formen: 1. Impetiginöse Form, 2. Papulöse Form, 3. Phagedänische Form. Bei der impetiginösen Form tritt unter der üblichen Pyodermiebehandlung, eventuell unter Anwendung von polyvalenten Vakzinen, bald Besserung ein. Die papulöse Form erweckt im Anfang den Eindruck einer enormen frischen Aussaat von Lupusknötchen; die Papeln entleeren aber bald nach dem Auftreten eine dicke seröse Flüssigkeit, es bilden sich Krusten und die Affektion macht fast den Eindruck von Framboësie. In diesen Fällen bewährten sich neben lokaler antiseptischer Therapie und Skarifikationen die Injektionen von Salvarsan intravenös. Die phagedänische Form mit ihren stark infiltrierten, scharfen Rändern schreitet rapid fort. Ausgangspunkt der Sekundärinfektion (Strepto- und Staphylokokken) scheint fast stets die Fossa nasalis zu sein. Die Prognose ist nicht so schlecht, wie sie nach dem ersten Anblick und dem schnellen Fortschreiten meist gestellt wird, denn unter der für Ulcus phagedaenicum üblichen Behandlung tritt bald Besserung ein. Verf. verwendet in seinen Fällen stets neben der lokalen Hitzeapplikation und Antiseptizis Arsenobenzol intravenös. Aus allen Fällen geht hervor, daß die Sekundärinfektion bei Lupus schädigend einwirkt. Und Verf. neigt der Ansicht zu, daß in den Fällen von Lupus, die zu schnellem Fortschreiten und Zerfall neigen, eine solche bakterielle Sekundärinfektion vorliegt.

Die Anwendung der Diathermie in der Dermatologie (The Uses of Diathermy in Dermatology), von W. Knowsley Sibley-London. S. 513—517. Verf. hebt die Vorzüge der Diathermiebehandlung für den Dermatologen hervor. Er hat damit in Fällen von Lupus vulgaris und erythemathodes, bei Furunkeln und Akne, bei kleineren Tumoren benigner und maligner Art und sogar bei Pruritus vulvae bessere Resultate erzielt als mit anderen Methoden.

Die verschiedene Art des „Schwitzens" beim Menschen (The Sweat Patterns of Man), von Noxon Toomey-St. Louis. S. 517—520. Während des Krieges hat Verf. in großem Maßstab Untersuchungen angestellt über die Art der Schweißsekretion und die Prädilektionsstellen des beginnenden Schweißausbruches an gesunden Soldaten, die unter gleichen Bedingungen standen (gleiche Kleidung, Gepäck, Marschleistung usw.). Er kommt zur Aufstellung 15 verschiedener Arten der Schweißsekretion, bilateral und symmetrisch. Diese 15 Zonen werden beschrieben. Am häufigsten findet sich Zone 7 (Axillarregion) und Zone 15 (Fußsohlen und Seiten des Fußes). Nicht ganz so häufig kommen Zone 5 (Nacken, Subaurikular-, Submental-, Submaxillargegend) und Zone 14 (Vorderarm, Handgelenk und Handflächen) vor. Verf. glaubt ferner, daß diese Schweißzonen vererbt werden, familiär vorkommen, bei den einzelnen Rassen eine gewisse Übereinstimmung zeigen.

Gonorrhoe bei Knaben (Gonorrhoea in Young Male Children), von George F. Farman-Santa Barbara (Kalifornien). S. 520—521.

Therapeutisches aus einer Hautklinik (Therapeutic Items from a Skin Clinic), von Eduard Ahlswede-Hamburg-Eppendorf. S. 521—525. Nichts Neues.

Eine Hautklinik im Jahre 1615 (A Hospital for Skin Diseases in 1615), von Alfred Martin-Bad Nauheim (Deutschland). S. 524—525. Abbildung eines Kupferstiches aus dem 17. Jahrhundert und Beschreibung der darauf dargestellten, für die Patienten anscheinend wenig angenehmen Hautbehandlungsmethoden.

Die Wirkung der Sera auf Salvarsan (The Action of Serums upon the Arsenobenzines), von M. Pomaret-Paris. S. 525—526. Teil einer Kontroverse. Es handelt sich um Versuche zur Erklärung der Anaphylaxie-Erscheinungen bei bestimmten Indi-

Digitized by Google

viduen bei intravenöser Arsenobenzol- bzw. Salvarsaninjektion. Nach den Untersuchungen soll ein stärkerer Kohlensäuregehalt des Blutes zur Präzipitierung des Präparates im Gefäßsystem führen und dadurch zu dem Symptomenkomplex der Anaphylaxie.

Vier Fälle von extragenitalem Schanker (Extragenital Chancre: A Report of 4 Cases), von GEORGE W. BOROMAN-Indianapolis. S. 526—528. An Lippe, Augenbraue, Ellenbogen und Brustwarze. A. de Lemos-Hamburg.

Archives of Dermatology and Syphilology.

September 1921, Bd. 4, H. 3.

Forschungsprobleme in der Dermatologie (Research Problems in Dermatology), von J. F. SCHAMBERG-Philadelphia. S. 293—299. Eröffnungsanrede des Vorsitzenden zur 44. Jahressitzung der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft, welche sich in fesselnder Sprache beschäftigt mit dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens hinsichtlich der Entstehung des Hautkrebses, des Ekzems, der Akne und der Ichthyosis. Eine hervorragende Rolle spielt bei den letztgenannten Leiden die veränderte Tätigkeit der endokrinen Drüsen, wie auch die Möglichkeit einer von der Haut ausgehenden inneren Sekretion eingeräumt werden muß.

Die SACHS-GEORGI-Reaktion der Rückenmarksflüssigkeit bei syphilitischen Patienten (The SACHS-GEORGI Reaction in the Spinal Fluid of Patients with Syphilis), von W. W. HARRYMANN-Ann Arbor (Mich.). S. 299—302. Bei 379 Fällen wurde die Spinalflüssigkeit am gleichen Tage nach WASSERMANN und SACHS-GEORGI untersucht. Die Ergebnisse beider Reaktionen waren fast gleichlautend. Die SGR ist ein Ersatz und kann eine wertvolle Ergänzung der WR sein. Die SGR setzt uns in den Stand, die Serodiagnose der Syphilis des Zentralnervensystems früher zu stellen als mit der WR.

Die Beziehung der RECKLINGHAUSENschen Krankheit zum endokrinen System. Bericht über einen dies erläuternden Fall (RECKLINGHAUSENS Disease: its Relation to the Endocrine System. Report of an Illustrative Case), von O. L. LEVIN-New York. S. 303—321. Die RECKLINGHAUSENsche Krankheit setzt sich zusammen aus Haut- und Allgemeinerscheinungen, die im wesentlichen in ursächlichem Zusammenhang mit einer Störung der endokrinen Drüsen stehen. Die überwiegende Mehrzahl von allen Fällen, sofern sie nur sorgfältig hierauf geprüft werden, würde Zeichen von gestörter Tätigkeit endokrin-vegetativer Art zeigen. Alle Fälle von RECKLINGHAUSENscher Krankheit zeigen schließlich die Neigung, solche Erscheinungen zu entwickeln, falls nicht der endokrinen Störung Einhalt geboten wird. Verf. teilt einen Fall von sicherer RECKLINGHAUSENscher Krankheit eines 20jähr. Mädchens mit, das scheinbar gesunder Familie entstammt und außer Masern keine Infektionskrankheiten durchgemacht hatte. Aber seit längerer Zeit leidet sie an Kopfschmerzen und vorübergehenden allgemeinen nervösen Symptomen, auch an Niedergeschlagenheit und melancholischen Stimmungen. In der Schule hatte sie schlecht gelernt. Verf. glaubt aus den einzelnen physischen und psychischen Symptomen, die in seinem Falle das Krankheitsbild zusammensetzen, folgern zu dürfen, daß dem Leiden eine Dysfunktion der Nebenniere, der Zirbeldrüse, der Schilddrüse und der Keimdrüsen zugrunde liegen.

Technik der Radiumbehandlung von bösartigen Hautkrankheiten (Radium Technic in the Treatment of Malignant Diseases of the Skin), von D. QUICK-New York. S. 322—341. Auswahl des geeigneten Filtermaterials, genaue Annäherung der Radiumquelle an die zu bestrahlende Hautstelle und Dosierung sind die drei wichtigsten zu beachtenden Faktoren, von denen vielleicht der zweitgenannte die allergrößte Bedeutung hat. Verf. beschreibt in längerer Abhandlung die im Memorial Hospital, wo ausschließlich mit Radium bestrahlt wird, angewandten Methoden an der Hand von vortrefflichen Abbildungen. Was die Dosierung anlangt, so ist es gänzlich ausgeschlossen, feste Regeln aufzustellen. Das beste Maß muß eben empirisch gefunden werden und hängt außerdem wesentlich ab von der Art des Filters und der Größe der Hautveränderung. Die Wiedergabe der einen breiten Raum einnehmenden Darstellung des Instrumentariums, mit der das Radium hervorgebracht wird, muß daher auf die Originalarbeit verwiesen werden.

Eine klinische, histologische und bakteriologische Arbeit über einen Fall von multiplem gutartigem Sarkoid vom Typus BOECK-DARIER-ROUSSY (A Clinical, Histologie and Bacteriologie Study of a Case of Multiple Benign Sarcoid of BOECK-DARIER-ROUSSY), von C. W. FINNERUD-Chicago. S. 342—352. 25jähr. Mann mit belangloser Vorgeschichte. Das Leiden begann an den Fingern, die unförmlich und schmerz-

Digitized by Google

haft anschwollen. Ein Jahr später zeigten sich auch an den Füßen entsprechende, aber geringere Erscheinungen, gleichfalls mit Schmerzen verbunden. Ein weiteres Jahr später traten im Laufe eines Jahres fast gleichzeitig weiche rote Flecken am Gesicht (Nase, Wangen, Kinn) und an den Armen auf, die allmählich sich vergrößerten, zusammenflossen, tiefer rot, erhabener und leichter fühlbar wurden. Übrige Organe und Exkrete o. B. WR und Pirquet negativ. Komplementbindungsreaktion für Tuberkulose fiel positiv aus? Im Röntgenbilde zeigten sich Knochenzerstörungen an den Händen und Beinen, die z. T. auch ohne Zusammenhang mit den äußeren Veränderungen waren, und eine geringe Infiltration an den Lungen, die aber nicht mit Sicherheit für tuberkulöse Veränderung sprach. Die bakteriologischen und Kulturbefunde fielen negativ aus. Histologisch das Bild des Sarkoids Boeck-Darier-Roussy. Bemerkenswert ist das Zusammentreffen mit Knochenaffektionen.

Vier Fälle von Lichen trichophyticus (Four Cases of Lichenoid Trichophytide), von Ch. M. Williams-New York. S. 353—357. Vier Fälle bei Kindern, die mit Kopftrichophytie (meist Kerion) behaftet waren. Bei einem Falle wurde ein positives Kulturergebnis beobachtet.

Methode der Wahl für die Komplementbindung bei der Wassermann-Reaktion (Optimum Conditions of Fixation Complement in the Wassermann Test), von R. L. Kahn-Lansing (Mich.). S. 358—362. Bei alkoholischem Extrakt und Noguchi-Antigen: 4 Stunden bei der gewöhnlichen Eisschrankwärme (6—12° C). Bei cholesterinisierten Antigenen wird eine einstündige Fixation bei Eisschrankwärme empfohlen. Letztere läßt die Reaktion etwas schärfer ausfallen als Wasserbadwärme, und eine nur einstündige Frist beugt der Möglichkeit vor, fälschlich positive Reaktionen abzulesen.

Ein experimenteller Beweis für die Bedeutung der bei Abwarten negativ ausfallenden Wassermann-Reaktion (An Experimental Verification of the Significance of the Delaged Negative Wassermann-Reaction), von R. A. Mellor und P. M. Avery-Rochester. S. 363—365. Man findet gelegentlich, daß der nach 30 Minuten abgelesene Wassermann positiv ist, aber 1—2 Stunden später negativ wird. Man hat diesen Ausfall als eine mindestens teilweise Hemmung auffassen wollen — wie die Beobachtung der Verff. aber unten lehrt, ist die Reaktion in der Hauptsache als eine positive zu deuten. Dagegen wird auch diese Reaktion beobachtet bei Patienten, die mit Arsen behandelt werden, ohne daß Syphilis vorliegt. Dies steht eigentlich im Widerspruch zu der allgemeinen Übung, den Wassermann als eine Kontrolle hinsichtlich der Heilwirkung bei der Syphilisbehandlung zu benutzen. Aber Verff. warnen davor, aus der Tatsache, daß die Arsendarreichung oft Beseitigung der frühsyphilitischen Erscheinungen zur Folge hat, Schlüsse zu ziehen auf einen Zusammenhang zwischen negativem Wassermann und Latenz bzw. Beseitigung der Krankheit selbst. Je mehr der Wassermann verfeinert wird, um so unspezifischer wird er, und vieles ist noch dunkel. Verff. berichten nun über eine Beobachtung, die sie an einem Patienten mit Blastomykose und bei Versuchen mit geimpften Tieren gemacht haben. Es war ihnen gelungen, aus den Geschwüren drei verschiedene Oidiumarten zu züchten, und sie wollten gern wissen, ob das Patientenserum Immunkörper gegen mehr als eine von diesen enthielte. Die Kontrollkaninchen wurden mit frisch isolierter virulenter Kultur, von einer Oidiumart, geimpft. Als Antigen wurden zum Versuch durchwaschene und abgetötete Suspensionen benutzt. Die Reaktion ergab sowohl bei dem menschlichen wie bei dem tierischen Serum zunächst viermal positiven Ausfall, denn am Ende von 45 Minuten setzte deutliche Hämolyse ein. Die Reaktion wurde schwach positiv oder zweifelhaft und blieb unverändert als leichte Hemmung bestehen.

Durch Bacillus coli communis verursachte Nagelbettentzündung (Onychia Due to Bacillus Coli Communis), von L. Hollander-Pittsburgh. S. 366—367. Zwei Fälle von Nagelbettentzündung innerhalb eines Jahres, bei denen die Eiteruntersuchung eine Reinkultur von Bacillus coli communis ergab. Die Wege der Übertragung sind verschieden, und zwar lag bei dem einen Kontaktinfektion vor, während bei dem anderen die Ansteckung auf dem Blutwege zustande gekommen sein mußte.

Eine Anmerkung über die Behandlung des Hautmaulwurfs (A Note on the Treatment of Larva Migrans), von L. W. Ketron-Baltimore. S. 368—369. Es wird berichtet über eine neue (?) Methode zur Vernichtung der Larva migrans. In einem Falle mit zwei Larven in der Fußsohle gelang es durch je einmalige Vereisung mit Äthylchlorid, die in einem münzengroßen Bezirk um das fortschreitende Ende des Ganges vorgenommen wurde, das Leiden zu beseitigen. E. Ahrens-Hamburg.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Kompendium der Lichtbehandlung, von H. E. Schmidt. (neubearbeitete Auflage, herausgegeben von Otto Strauss. (Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1921. Preis steif brosch. M. 21.—.) Das Buch enthält eine genaue, klare Beschreibung der Apparatur für Bogenlicht, Quarzlicht, Glühlicht, anschließend die Technik der Behandlung. Alle künstlichen Lichtquellen sind als unzureichender Ersatz des Sonnenlichtes anzusehen. Für die Praxis empfiehlt sich erfahrungsgemäß für die meisten inneren Krankheiten eine Kombination verschiedener Strahlungsgattungen und Medikamenten. Die besten Erfolge liegen auf dem Gebiete der Dermatologie, besonders in der Lupusbehandlung. Kombinierte Therapie: Anwendung sämtlicher Strahlungsgattungen mit örtlicher und allgemeiner Applikation und chemotherapeutische Maßnahme. Im großen ganzen spielt die Bestrahlung nur eine unterstützende Rolle. G. W. Unna-Hamburg.

Geschlechtskrankheiten, klinische Erscheinungen und Behandlung (Venereal Diseases, their Clinical Aspect and Treatment), von J. E. R. Mac Donagh-London. (St. Louis 1920.) Verf. nennt die Entdeckung der Spirochaeta pallida, die WR und die Entdeckung des Salvarsans „the German Syphilitic Trinity". Seiner Meinung nach hat zwar diese Dreiheit unsere Kenntnisse über Syphilis beträchtlich vermehrt, andererseits aber die klinische Diagnose in den Hintergrund gedrängt. Mit diesem Buche will Verf. nur ein klinisches Werk liefern und behält die Auseinandersetzung mit der deutschen Dreiheit einem späteren pathologischen Bande vor. Den Syphiliserreger läßt Verf. in seinen Darstellungen keine große Rolle spielen, wie ja seine Ansichten hierüber in Deutschland sattsam bekannt sind. Im Gegenteil meint er, daß der einzige sichere Weg, einen Schanker zu diagnostizieren, wäre, ihn anzusehen. Eine Auffassung, die derjenige vor allem mit Recht haben wird, der über die Spirochaeta pallida nicht ganz klare Ansichten zu haben scheint. Im klinischen Verlauf unterscheidet Verf. vier Stadien der Syphilis, sein viertes Stadium, das „rückläufige", findet in dem Buche keine klare Definition. Es ist wohl ein Vorteil dieses Buches, daß die Ansichten des Autors über Pathologie und Therapie der Syphilis an sich zurücktreten. Das Buch stellt zugleich einen Atlas dar, einige wenige Tafeln sind nach Photographien in Autotypie wiedergegeben, diese Bilder sind instruktiv und nützlich. Die Farbgebung ist durchweg recht grell. Die Tafeln sind in England gut beurteilt worden, in Deutschland würden sie indessen kaum konkurrenzfähig sein. F. W. Oelze-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Zur Lehre der Infektions- und Reaktionsvorgänge bei Staphylokokken- und Streptokokkenherden beim Menschen. Topographische Markierungen, von F. J. Rosenbach. Mit 7 Textabbildungen. (Virch. Arch. f. Path. u. Phys., 1921, Bd. 233, S. 71—95.) Verf. hat die örtlichen Infektions- und Reaktionsvorgänge in je einem akuten Staphylokokken- und Streptokokkenfurunkel nach ihren Bezirken, ihren Grenzen, ihrer Ausdehnung und Intensität untersucht und karthographisch aufgezeichnet. Die Wirkungsweise der Staphylokokken- resp. Streptokokkentoxine (Leukozidine) auf normale, lebende, menschliche Leukozyten hat er durch Einwirkung von Staphylokokken- resp. Streptokokkenbrühekulturen und Eiter aus Staphylokokken und Streptokokken in Reinkultur enthaltenden Abszessen auf Leukozyten beobachtet. An Händen der Befunde hat Verf. eine „Tabelle der Leukozytendegenerationsformen" bildlich wiedergegeben. Die zur Untersuchung gekommenen Furunkel werden möglichst frühzeitig nach ihrer Entstehung zur Hälfte exzidiert und verarbeitet, die anderen Hälften nach 48 resp. 24 Stunden ausgeschnitten und derselben Untersuchungsmethode unterworfen. Nach Analysierung je eines Schnittes unter dem Mikroskop wurde die Leukozidinwirkung mit einer der Degenerationsformentabelle entsprechenden Zahl in ein Photogramm des betreffenden Schnittes eingetragen. Die Kokkenverbreitung wurde in blauer, die reaktiven Entzündungsvorgänge in roter und die Plasmaexsudation in gelber Zeichnung markiert. Ein Blick auf die so ausgeführten Photogramme ermöglicht somit, die einzelnen Stadien der Entzündungsvorgänge in verschiedenen Gewebsabschnitten zu überblicken und zu beurteilen. — Es

Digitized by Google

sind die Analysierungsbefunde der beiden Furunkelformen eingehend dargestellt und die Unterschiede zwischen den Staphylokokken- und Streptokokkenfurunkeln hervorgehoben. Zum Schluß bemerkt Verf., daß er dieselben Befunde bei einer Reihe auf dieselbe Weise untersuchter frisch exzidierter Furunkel erheben konnte.

G. Kapferer-Heidelberg.

Zur Vakzinebehandlung der Furunkulose mit Opsonogen, von Max Jaeger. (Diss., Tübingen 1919.) 13 Fälle. Im Durchschnitt brachten 5 Einspritzungen von 100, 250, 500, 750 und 1000 Millionen Keimen einen sicheren Dauererfolg.

F. Weiler-Leipzig.

Retrograde Lymphangitis bei akuter Idrosadenitis axillaris, von L. Warlsch-Prag. (M. Kl., 1921, Nr. 46, S. 1383.) Bei 4 Fällen von Schweißdrüsenentzündung der Achselhöhle hat W. die eigentümliche Erscheinung beobachtet, daß der Entzündungsprozeß sich rückläufig auf die zuführenden Lymphgänge des Oberarmes und auch des Vorderarmes ausdehnte. Eine ähnliche Erscheinung ist bei Karzinomen, nicht aber, soweit W. hat feststellen können, bei entzündlichen Prozessen konstatiert worden. Hierbei waren die Lymphdrüsen der Achselhöhle vollkommen normal, während die Lymphbahnen bis zur Dicke eines Telegraphendrahtes angeschwollen waren. — Bei dieser Gelegenheit weist Verf. darauf hin, daß viele Autoren nicht zu wissen scheinen, daß der Schweiß auf griechisch ἱδρως heißt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Achselhöhlenfurunkulose, von L. Heidenhain, Städt. Krankenh. Worms. (Zbl. f. Chir., 1921. Nr. 50, S. 1831.) Verf. verwirft die von Brunzel und Bockenheimer angegebene Methode, in hartnäckigen Fällen von Achseldrüsenfurunkulose die gesamte erkrankte Haut zu exstirpieren, da solch ein großer Eingriff gar nicht nötig ist. Verf. hat in den letzten 6 Jahren jede, auch die schwerste, Achseldrüsenfurunkulose auf Röntgenbestrahlung abheilen sehen, wobei er einmal ein knappes Drittel der Hautdosis, filtriert durch 3 mm Aluminium, gab. Abszesse wurden vor Bestrahlung eröffnet, sonst genügt einfaches Reinhalten der Haut und ein nicht scheuernder Verband, loser Verbandstoff im Hemd getragen. Nach Ablauf einer Woche ist meist die Furunkulose fast völlig abgeheilt. Verf. gibt dann die gleiche Dosis nochmals und sah dann immer völlige Heilung und nie Rückfälle. A. Rosenburg-Berlin.

Zur Behandlung der Achseldrüsenabszesse, von Grumme-Fohrde. (Allg. m. Ztg., 1921, Nr. 44, S. 260.) G. empfiehlt — im Gegensatz zu der von Brunzel empfohlenen Exstirpation der behaarten Haut der Achselhöhle und des darunter liegenden infizierten Gewebes — bei langwieriger Achselhöhlenfurunkulose die Opsonogenbehandlung, eventuell kombiniert mit Röntgen (nach Basch); 50—1000 Millionen Keime in steigender Dosis, innerhalb von 2—4 Wochen eine kleine Zahl von Injektionen.

F. Hirsch-Ulm.

Erysipel, Phlegmone usw.

Erysipelbehandlung mit 16%igem Argentum nitricum, von S. Hirsch-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 43, S. 1299.) Verf. hat bei 120 Fällen von Erysipel, darunter 42 Gesichtserysipele, das Einpinseln des betroffenen Gebietes nebst einer zweifingerbreiten Randzone, wie dies schon anderweitig empfohlen worden ist, mit gutem Erfolge geübt. Außer bei zwei schweren Gesichtserysipelen genügte die einmalige Einpinselung, um ein Fortschreiten der Affektion zu verhindern; Rezidive erfolgten nur bei 3% der Fälle. Bis zur Beendigung der meist 6—10 Tage dauernden Abschuppung soll das affizierte Gebiet nicht gewaschen werden. A. Philippi-Bad Salzschlirff.

Bemerkung zu dem Bericht über „Erysipelbehandlung mit 16%igem Argentum nitricum" in Nr. 43, von Theisinger-Fischbach-Weißbach (Nahe). (M. Kl., 1921, Nr. 49, S. 1487.) Verf. hat ebenfalls sehr günstige Resultate mit der Höllensteinbehandlung erzielt. Er verwendet eine 18%ige Lösung und pinselt die Randpartien mehrere Male über. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Daten zur Chemotherapie des Erysipels, von K. Schiller-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1921, Nr. 9.) Dobbertin hatte die Dakinsche Lösung (Natriumhypochlorit) ¼%ig subkutan gegen Rotlauf angewendet. Gregg machte den Versuch mit 2½%igen Eusol (Calcium hypochlorit)-Injektionen von 50—150 ccm gegen Sepsis und Pyämie mit Erfolg. Der Verf. hatte Gelegenheit, die isotonische Magnollösung auszuprobieren; Magnol ist ein Gemisch von alkalischem Magnesiumhypochlorit und Natriumhydrokarbonat, welch letzteres von der stabilen Magnesiumhypochlorallösung eine Hypochlorsäure entwickelt. Magnol wirkt nicht eiweißkoagulierend. Die hämolysierende Wirkung, welche durch Zugabe von 0,8% Kochsalz isotonisch gemacht wird, kann be-

Digitized by Google

hoben werden. Der Verf. wendete von Magnol 2,0, Kochsalz 8,0 auf 1000 Wasserlösung 100 ccm intravenös oder in einigen Fällen subkutan an. 43 Rotlaufkranke wurden derart behandelt. Nach der Injektion entfiebern die Pat. nach Schüttelfrost kritisch in 24—48 Stunden. Dem Fortschreiten des Prozesses wird Halt gemacht. Der Effekt ist desto prompter, je früher die Injektion gegeben wird. Am 3.—4.—5. Tag der Krankheit ist der Abfall der Temperatur lytisch. In 1—2 Fällen wanderte die Hyperämie trotz der Entfieberung noch einige Tage weiter. In solchen Fällen kann die Injektion repetiert werden. Die Komplikationen blieben unbeeinflußt. In phlegmonösen und septischen Fällen war der Exitus in 10% nicht aufzuhalten. Die selten auftretende Herzschwäche läßt sich leicht kupieren durch Kardiaka. Das Blutbild wird auch beschrieben.
M. Porosz-Budapest.

Ist der Schweinerotlauf auf den Menschen übertragbar? von Fr. Wallenczek-Mistelbach (N.-Ö.). (M. Kl., 1921, Nr. 38, S. 1146.) Im Anschluß an die Mitteilung von Salinger (M. Kl., Nr. 15) über Rotlauf beim Menschen berichtet W., daß er wiederholt Fälle dieser Art beobachtet und gar keinen Zweifel hat, daß in der Tat eine Übertragung des Schweinerotlaufs auf den Menschen stattfinden kann. Die Inkubationszeit beträgt 6—10 Tage. Die Kranken kommen „wegen Blutvergiftung" zum Arzt, weil sie durch die niemals fehlende Lymphangitis und Anschwellung der Kubital- und Achseldrüsen geängstigt sind. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Weiteres über Rotlaufinjektion beim Menschen, von Strengel-Allenburg (Ostpr.). (M. Kl., 1921, Nr. 33, S. 997.) In der Mitteilung von Salinger (M. Kl., Nr. 15) teilt St. mit, daß er seit etwa Jahresfrist viele ähnliche Fälle in Behandlung gehabt hat und dieselben als Infektion mit Schweinerotlauf erklärt. Bei einer kurz beschriebenen Gelegenheit erkrankten vier von sechs Personen, die bei der Schlachtung eines nachträglich als rotlaufkranken Schweines beteiligt gewesen waren. Zur Behandlung empfiehlt Verf. das tierärztliche Rotlaufserum in Dosen von mindestens 1 ccm per 10 kg Körpergewicht, eventuell auch Aolan nebst Vasogenverbänden.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Rotlaufinjektion beim Menschen, von Goldschmidt-Hagen. (M. Kl., 1921, Nr. 24, S. 722.) Zur Behandlung empfiehlt Verf. dringend die intramuskuläre Injektion von 8—14 ccm Schweinerotlaufserum. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Kaseosan bei Typhus abdominalis und bei Phlegmone, von Max Rosenberger-Peterswaldau. (Allg. m. Ztg., 1922, Nr. 3.) In einem Falle von Typhus trat eklatante Besserung der stark gesunkenen Herztätigkeit, in zwei Fällen von Phlegmonen erhebliche Kürzung des Krankenlagers ein. E. Levin-Berlin.

Über Noma, von Gerhard Rademacher. (Diss., Gießen 1920.) Zwei Fälle bei einem 27jähr. und einem 14jähr. Mädchen. In beiden Fällen gehen der Noma schwere unter dem Bilde einer Sepsis verlaufende Erkrankungen voraus. Beide Male finden sich ausgiebige Hautblutungen als Folge der Sepsis; die Angriffsbasis für die Noma scheint in beiden Fällen hierdurch geschaffen. F. Weiler-Leipzig.

Sklerom, Orientbeule usw.

Bemerkenswerte Beobachtung an Milzbrandkarbunkeln (Singolare ossarvazione di carbonchio cutaneo), von Leonardo Marinotti, Hautklin. Bologna. (Riforma med., Bd. 36, Nr. 43.) Fall eines Schäfers, der sich beim Abhäuten eines verendeten Stückes Vieh infiziert hatte. Typische Mildbrandkarbunkel symmetrisch, über dem unteren Drittel der Streckseiten beider Unterarme Lymphangitis und Lymphadenitis regionaris.
E. Sklarz-Berlin.

Über die Behandlung der Milzbrandpustel beim Menschen (Sulla terapia della pustula carbonchiosa nell'uomo), von Romeo Cinti. (Policlinico, 1922, sez. prat. Nr. 2.) Verf. berichtet über die rasche Heilung von 6 Fällen von Milzbranderkrankung vermittelst täglicher Injektionen von Milzbrandserum. E. Freund-Triest.

Die Serotherapie der Milzbrandpustel (La sieroterapia nella pustula maligna), von Romeo Cinti. (Policlinico, 1922, sez. prat. Nr. 2.) Weitere Mitteilung über sehr gute Erfolge mit subkutanen Injektionen von Milzbrandserum bei 11 Fällen.
E. Freund-Triest.

Über Rotzkrankheit bei Menschen, von J. Jackobi-Kolosvár. 24jähr. Kutscher, seit 3 Tagen krank, mit akuten Gelenkschmerzen, ohne besondere objektive Symptome, Temperatur 38,5—39,5° C. Am 6. Tage erbsengroße Pusteln und tauben- bis gänseeigroße schmerzhafte Knoten in den Muskeln, welche sich in den nächsten Tagen ver-

Digitized by Google

mehren. Die Pusteln platzen von selbst und zeigen bald ein kraterförmiges tiefes Ulkus. Ebenso die Knoten, welche vorher erweichen. In dem blutig-eitrigen Sekret wurden Rotzbazillen gefunden. Die Temperatur fällt lytisch ab. Die Ulzera granulieren rege, und nach chirurgischer Behandlung wird der Pat. nach $2^1/_2$ Monaten gesund entlassen. Über spezifische Mittel gegen diese Krankheit verfügen wir nicht, aber mußten uns mit roborierenden tonisierenden Mitteln begnügen. M. Porosz-Budapest.

Belichtungs-, Ernährungs-, endokrine Störungen usw.

Pigmentierendes Erythem der Sternoklavikulargegend der Frau (Eritema pigmentario della regione claviculosternale della donna), von Franc. Fasani-Volarelli-Siena. (Communiazione fatta alla R. academia dei Fisiocritici in Siena, 30. I. 1920. Siena 1920.) Die heutige Frauenmode, Hals und Nacken offen zu tragen, ruft Hyperämie, Gefäßerweiterung, Pigmentierung und Atrophien hervor. Der Verf. empfiehlt gegen die Erytheme Waschungen mit natürlichen warmen Schwefelwässern und indifferenten Salben mit Ichthyol, Aqua calcis und Magnesia carbon; gegen die Gefäßerweiterungen sehr heiße Waschungen mit benzoegetränktem Wasser, gefolgt von Massage; daneben Adrenalin, Ergotin und Hamamelissalben; in schwereren Fällen Kohlensäureschnee, Radium, Finsen, Hochfrequenzströme. Zur Entfärbung der oberflächlichen Hornschichten Alkalien (Abwaschen! Neutralisieren!), Natriumperoxydseife, Schwefel, Ichthyol, Resorzin, Essigsalben, Trichloressigsalben, H_2O_2, Kalziumhypchlorit und chlorsaures Kalium, für die tieferen Pigmentierungen vorsichtige Schälung mit Resorzin, gegen die Atrophie vorsichtige Anwendung der Akanthoplastika (Salizyl-, Resorzin-, Phenol- und Cantharidinsalben). A. v. Notthafft-München.

Über Zusammenhang von Dermatosen und innerer Sekretion, von W. Brock, Univ.-Hautkl. Kiel. (D. m. W., 1921, Nr. 47, S. 1420—1421.) Verf. weist auf die nahen Beziehungen zwischen Thymus und Epithel der Haut hin. Bestrahlungen mit $^1/_4$ bis $^1/_2$ Epilationsdosis, teils ohne teils mit dünnem Filter zeigen gute Erfolge bei Psoriasis, ebenso die Verabreichung von Thymuspräparaten. Juvenile Warzen, Lichen ruber planus und verrucosus, Ichthyosis werden durch Thymusbestrahlung gut beeinflußt, überhaupt alle Dermatosen, denen eine konstitutionelle Disposition zugrunde zu liegen scheint. F. Harry-Berlin.

Beitrag zur Kenntnis der anatomischen Befunde bei polyglandulärer Erkrankung (Insuffisance pluriglandulaire), von Karl Landsteiner und Adolf Edelmann. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 24, H. 2.) Die genaue Mitteilung des Obduktionsbefundes der 17jähr. Wienerin rechtfertigt sich bei der seltenen Krankheit angesichts der Fälle in bezug auf die Beteiligung der Organe, die Schwierigkeit, bestimmte Krankheitstypen zu definieren, im Bereich der Blutdrüsenerkrankungen abzugrenzen usf. Klinisch: auffällige Ruhe und Apathie, geringe Intelligenz, kann nicht gehen und stehen, Haut trocken, blaß, keine Behaarung der Axillae und des Mons pubis, Panniculus adiposus gut. Keine Menstruation. Keine Kachexie. WR negativ. Anatomisch zeigte die Leber eine Zirrhose, unter den endokrinen Drüsen nur die Schilddrüse hochgradige Veränderungen, Atrophie und Bindegewebsvermehrung bei einem Gewicht von nur 8,5 g. Möglich, daß ein der „Insuffisance pluriglandulaire" entsprechendes Krankheitsbild allein auf einer Erkrankung der Schilddrüse beruhen kann. Das Zusammentreffen von Leber- und Thyreoideaerkrankung dürfte kaum ein zufälliges sein. Leberveränderung und Zession der Menses und Schwinden der sekundären Geschlechtsmerkmale sind auch schon beschrieben worden. Mit der Schilddrüse dürfte hier die auffällige Entwicklung der Mamma in Verbindung stehen. Die Osteomalazie des Falles kann innersekretorisch bedingt sein, aber auch abhängen von der z. Z. in Wien herrschenden schlechten Ernährung. E. Delbanco-Hamburg.

Der Pruritus essentialis als klinisches Symptom der Blutdrüsenerkrankungen, von L. Szondy und L. Haas-Budapest. (Gyógyászat, 1921, Nr. 15.) Von 10 Pruritiskranken war in 6 Fällen eine pluriglanduläre Dysfunktion zu finden. Die Veränderungen der Geschlechtsdrüsen sind nur Teilerscheinungen einer pluriglandulären Insuffizienz. Das Jucken ist der Erfolg der Hypersensibilität der entsprechenden Hautnerven, welche von den in den Blutkreis geratenen pathogenen Stoffwechselprodukten verursacht wird. Der Ätiologie entsprechende Behandlung (Adrenalin, Luetin, Thyreoidin, Pituitrin usw.) war von dauerndem Erfolg nicht gekrönt. Als symptomatische Behandlung wird Röntgenbestrahlung anempfohlen. In 8 Fällen lokalisierte sich das Jucken auch außer der genitourinären Regionen. M. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Pigmentanomalien.

Über Vergiftungen von Säuglingen und Kindern durch methämoglobinbildende Substanzen (Anilin, Naphthalin usw.) von W. Muland-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 30, S. 903.) In einem Säuglingsheim erkrankten 2 Säuglinge in rätselhafter Weise mit blaugrauer Verfärbung der Haut bis auf die Lippen, Ohren, Finger und Zehen, welche einen mehr bläulich violetten Farbenton aufwiesen, und leichenhaftem Aussehen. Bei genauerem Nachforschen fand man, daß es sich hierbei um eine durch Abfärben der frisch gestempelten Wäsche bedingte Anilinfarbenvergiftung handelte. Das Krankheitsbild erinnert an die früher häufiger sich ereignende Vergiftung mit Kalichloricum. Im Spektrum ließ das Blut den dem Methämoglobin eigenen Absorptionsstreifen deutlich erkennen, und die weitere Untersuchung des Blutes wies wenigstens bis zum 3. Tage charakteristische Veränderungen auf. Erst am 7. Tage waren völlig normale Verhältnisse nach zeitweiligem Ikterus eingetreten. Ähnliche Vergiftungen haben schon mehrfach zum Tode geführt. Verf. bespricht die einzuschlagenden therapeutischen Maßregeln nach dem Lehrbuch von Lewin und bespricht eine Reihe von anderen Fällen von Intoxikation mit Naphthalin, Nitrobenzol (Mirbanöl), sowie Antifebrin und Phenazetin, die ähnliche Wirkungen hervorrufen können. Auskochen der Wäsche nach dem Abstempeln scheint die Vergiftungsgefahr zu beseitigen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Grünfärbung eines Säuglings nach Spinatgenuß, von A. Dollinger-Berlin-Halensee. (M. Kl., 1921, Nr. 51, S. 1553.) Bei einem 1jähr., gut gedeihenden Mädchen konstatierte D. eine deutliche, hellgrüne bzw. gelbgrüne Verfärbung der Nase und des sonstigen Gesichts. Das Kind hatte seit etwa 5 Monaten als Gemüse ausschließlich Spinat erhalten, und die Verfärbung war schon 3—4 Monate lang deutlich hervorgetreten. Bei Diätveränderung verging sie wieder bis auf geringe Reste.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Beziehungen der Vitiligo zur Syphilis (Vitiligo and Its Relationship to Syphilis), von Charles Greene Custom-Genf. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 12.) Für den Begriff der Vitiligo wird gefordert das Verschwinden des Pigmentes an bestimmten Stellen und die Anhäufung von Pigment um dieselbe herum. Im übrigen muß die Haut in ihrem Aussehen, ihrer Struktur und ihren Funktionen unverändert sein. Alopezie ist damit nicht verbunden. Wie bei anderen Dyschromien findet ein Wechsel der Erscheinungen mit den Jahreszeiten statt. Histologisch besteht kein Unterschied von der Leukomelanodermie. Die Ätiologie ist noch ziemlich dunkel, doch bestehen sicher Beziehungen zu Störungen und krankhaften Prozessen des Nervensystems, andererseits spielen auch lokale Reizungen eine Rolle. Die sogenannte idiopathische Vitiligo wird als das Resultat einer chronischen Autointoxikation betrachtet; da die Syphilis ganz ähnliche allgemeine Ernährungsstörungen macht, ist das Vorkommen von Vitiligo bei Syphilitikern begreiflich. Die Frage ist, ob die Syphilis als allgemeine Ursache, ähnlich wie eine Nervenstörung oder ein Chok, oder örtlich wie ein Trauma wirkt. In allen Fällen, in denen keine vorhergehenden syphilitischen oder andersartigen örtlichen Ursachen nachweisbar waren, fanden sich unleugbare Zeichen von Syphilis oder Tabes. Vitiligo findet sich besonders häufig bei anderen Nervenerkrankungen, z. B. Basedow und Syringomyelie. In anderen Fällen von Syphilis entwickelt sich im Anschluß an ulzeröse und tubero-ulzeröse Hautläsionen in deren Umgebung Vitiligo oder Leukomelanodermie. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Zusammenkunft südwestdeutscher Dermatologen in Stuttgart: 27. Mai abends 8 Uhr, Stadtgartenwirtschaft, Kanzleistraße (Hammer, Über Hautreize und Hautreizbarkeit); 28. Mai Katharinenhospital (Krankenvorstellung). Baldige Anmeldung an Dr. Hammer, Forststr. 20, nötig.

Dr. L. Halberstädter-Charlottenburg hat sich in Berlin habilitiert.

Gestorben: Priv.-Doz. Geh. San.-Rat Dr. Karl Seeger in Kiel. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. Mai 1922 | Nr. 19 | Band 74

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Bern (Dir.: Prof. Dr. Naegeli).

Ulcus molle mit Metastasenbildung und Septikopyämie.

Von

Dr. Robert Amstad.

Im nachfolgenden soll über einen Krankheitsfall berichtet werden, welchen ich gemeinsam mit meinem Chef die Gelegenheit hatte, kürzlich zu Gesicht zu bekommen. Die beobachteten Tatsachen scheinen mir nicht uninteressant zu sein, wenn man bedenkt, daß insbesondere über die hämatogene Disseminierung des Streptobazillus Unna-Ducrey bisher nur wenig Sicheres bekannt ist.

In der mir zugänglichen Literatur habe ich außer der Lennhoffschen Veröffentlichung (Arch. f. Derm., 1921, Bd. 131) keine Mitteilungen über hämatogene Metastasen des Ulcus molle gefunden. Zweifellos sind solche an sich nicht häufig, oder sie treten nicht deutlich hervor. Es kann aber auch, wie wir hier sehen werden, der Verlauf der Krankheit so eigenartig sich gestalten, daß man im Zweifel sein kann, ob wirklich die schweren Allgemein- und Folgeerscheinungen durch den Streptobazillus oder durch dessen Toxine oder dann im Sinne einer Mischinfektion durch andere pathogene Mikroorganismen hervorgerufen werden. Dies mögen die Gründe dafür sein, daß ähnliche Publikationen unterblieben. Unsere Beobachtung erfolgte wenige Wochen nach dem Erscheinen der Lennhoffschen Arbeit, und wir hätten vielleicht mit der Veröffentlichung ohne Kenntnis dieser Mitteilung gezögert, da doch in unserem Falle dieses und jenes Glied in der Beweiskette fehlt.

Patient, welcher den ärztlichen Beruf ausübt, räumte am 9. Juli 1920 einen fieberhaften Abortus aus. Schon nach 24 Stunden entwickelte sich am Nagelglied des rechten Mittelfingers ein entzündlicher Prozeß, der vor allem durch Rötung und Pustulation, Schwellung und Schmerzhaftigkeit gekennzeichnet war. Auf der so veränderten Haut entstand binnen kurzer Zeit, nach zwei Tagen, eine kleine, seichte Ulzeration, welche sich in den nächsten Tagen in der Fläche vergrößerte. Das Geschwür war scharf geschnitten, leicht unterminiert, und der Grund desselben von einem gelblich-speckig-schmutzigen Belage bedeckt. Das Ulkus zeigte auch bei Berührung große Schmerzhaftigkeit. Die bakteriologische Untersuchung ergab den gewöhnlichen, vieldeutigen Befund der banalen Eitererreger. Blutkulturen blieben steril. Den anfänglich unbedeutenden Allgemeinerscheinungen folgten später Temperaturen bis 39 Grad und darüber. Kubital- und Achseldrüsen waren durch den Import der Infektionsstoffe in die Lymphgefäße angeschwollen. Nach weiteren Wochen und Monaten gesellten sich hämatogene, septisch-toxische Manifestationen hinzu: diffuse Erytheme, Phlebitis der Vena poplitea sin., Schwellung und knotige Infiltration an den Unterschenkeln und flache Ulzerationen der rechten Ellenbogengegend, entfernt von den erkrankten Drüsen. WR war negativ.

Digitized by Google

Im weiteren Verlauf wurden auch noch broncho-pneumonische Herde festgestellt. Während vielen Monaten befand sich der Patient in sorgfältiger chirurgischer und Sanatoriumsbehandlung. Der Gesundheitszustand war oft sehr besorgniserregend; es machten sich Kreislaufstörungen bemerkbar. Der Patient verlor bedenklich an Körpergewicht und zeigte ein blasses, anämisches Aussehen. Allmählich besserte sich der Allgemeinzustand und die Infektion flaute ab.

Zur vollständigen Ausheilung des krankhaften Prozesses wollte es aber trotz aller Eingriffe und vorsorglichen therapeutischen Maßnahmen nie kommen, so daß auch noch die Ansicht des Dermatologen eingeholt wurde. Das klinische Bild bei der Untersuchung anfangs November 1921 in der dermatologischen Klinik war folgendes:

Über der Gegend der rechten Glandula cubitalis besteht eine grabenförmige, narbige Einziehung, etwa 5 cm lang. Von da zieht sich eine lineäre Operationsnarbe bogenförmig gegen den Epicondylus internus hin. Daselbst sieht man eine zweifrankstückgroße Hautnarbe, an dem darunterliegenden Knochen adhärent. Am Rande dieser Narbe befinden sich vier kleine, rundliche und ovale, seichte Ulzerationen von Linsengröße und darüber, sehr scharfrandig, gezackt, mit leicht unterminierten Rändern, grau-speckig belegtem Grund, auf Berührung sehr schmerzhaft. Im Ausstrich wurden Unna-Ducreysche Streptobazillen nachgewiesen. Am linken Bein, wo seinerzeit der phlebitische Prozeß war, ist nichts mehr zu konstatieren. Die primäre Affektion am rechten Mittelfinger ist unter Narbenbildung abgeheilt. Tuberkulinreaktionen (Pirquet, Mantoux, 50% Morosalbe, 5 Min.) ganz schwach positiv. Moro in der Umgebung der Geschwüre fast völlig negativ; symmetrisch am andern Arm einige Knötchen. Unter Jodoformtherapie definitive Abheilung der Geschwüre in drei Tagen.

Diagnose. Wir glauben, gestützt auf drei Hauptbefunde, die Diagnose „Ulcus molle mit Metastasenbildung und Septikopyämie" aufbauen zu dürfen: Erstens die klinisch-morphologische Übereinstimmung der Geschwüre am Finger und am rechten Ellenbogen mit den Charakteristizis des weichen Schankers — flache, mit scharfen, gezackten und unterminierten Rändern versehene Geschwüre, deren Zentrum einen speckigen Belag aufwies. Zweitens den mikroskopischen Nachweis der Unna-Ducreyschen Streptobazillen in den Sekundäreffloreszenzen am rechten Ellenbogen. Das mikroskopische Bild, welches mit Pappenheims Methylgrün-Pyroningemisch unverkennbar deutlich zutage trat, ließ dieselben in ihrer charakteristischen Anordnung, Fischzüge und Schiffchenform (en navette) erkennen. Drittens ex juvantibus durch die rapide und endgültige Abheilung auf das Spezifikum Jodoform. Der Beweis durch das Kulturverfahren konnte, wie im Lennhoffschen Falle, nicht erbracht werden, und leider war es aus persönlicher Rücksichtnahme gegenüber dem Patienten unmöglich, Autoinokulationen anzulegen. Eines können wir zwar nicht mit absoluter Sicherheit ausschließen: eine Kombination resp. Mischinfektion mit Staphylo- oder Streptokokken. Aber diese ubiquitären Bakterien wurden nur am Primärherde mikroskopisch festgestellt, an der Haut- oder Geschwürsoberfläche, während die Blutkulturen steril geblieben waren, ein Befund, welcher wohl überhaupt keine weiteren Schlüsse gestattet. Es würde uns vielmehr gezwungen und gekünstelt erscheinen, die Septikopyämie mit den übrigen Läsionen auf eine Mischinfektion zurückzuführen, nachdem die Möglichkeit besteht und viel näher liegt, eine plausiblere Entstehungsursache darzubieten.

Bei der kritischen Prüfung des Falles ergibt sich mit größter Wahrscheinlichkeit, daß es sich um ein Krankheitsbild sui generis handelt. Bakteriologisch ist zwar nicht bewiesen, daß das primäre Geschwür am Finger Ducreybazillen enthielt, und von dort aus zunächst auf dem Lymph- und später auf dem Blutwege die Infektion sich generalisierte. Unsere

Digitized by Google

Auffassung dürfte aber dennoch mit Rücksicht auf die klinischen Manifestationen, den Verlauf und den endgültigen Nachweis der Unna-Ducrey-schen Bazillen aus den Geschwüren in der Ellenbogengegend akzeptiert werden. Denn dieser Befund läßt sich praktisch wohl nur mit der Priorität des Ulcus molle am Finger in Einklang bringen. Als Infektionsquelle kommt nichts anderes als die vom Patienten wegen fieberhaften Abortes behandelte Frau in Frage, die nicht weiter untersucht werden konnte.

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin (Dirig. Arzt: Prof. Dr. A. Buschke).

Über die endokrine Wirkung und die praktische Bewertung des Thalliums.

Von

A. Buschke und Bruno Peiser.

Seit dem Jahre 1900 habe ich in mehreren Arbeiten[1]) und Vorträgen über die biologische Wirkung des Thalliums berichtet, die sich anschlossen an klinische Beobachtungen französischer Autoren dahingehend, daß das Thallium, welches besonders zur Einschränkung der Nachtschweiße der Phthisiker verabreicht wurde, als Nebenwirkung mehr oder weniger ausgedehnten Haarverlust erzeugte. Ich konnte an Tieren — Mäusen, Ratten, Meerschweinchen, Affen, Kaninchen — durch geeignete Versuchsanordnung teils bestimmte lokale, teils universelle Alopezie erzeugen wesentlich durch Verfütterung, seltener durch subkutane Injektion und lokale Applikation auf der Haut. Diese Untersuchungen wurden von Bettmann, Vignolo-Lutati, Pöhlmann bestätigt, und ich selbst konnte dann bei weiteren Untersuchungen noch feststellen, daß in einer Anzahl von Fällen sich bei Ratten und Mäusen, auch ganz jungen Tieren, Katarakte entwickeln. In dieser letzten Arbeit habe ich meine Untersuchungen fast nur auf Ratten beschränkt und auch im weiteren Verlaufe dann wesentlich mit diesen Tieren, die am besten sich für diese Studien eignen, gearbeitet, auch festgestellt, daß durch Fütterung der Mutter bei den Kindern Alopezie sich erzeugen ließ. Seit einiger Zeit habe ich diesbezügliche Untersuchungen mit meinem Assistenten, Dr. Bruno Peiser, fortgesetzt, welche anschließend an Beobachtungen, die ich schon früher an jüngeren Tieren, auch bei Mäusen, gemacht habe, gezeigt haben, daß neben dieser Alopezie die Tiere in der Entwicklung außerordentlich zurückblieben, was sich besonders im Sistieren des Wachstums dokumentierte und anscheinend auch in psychischer Alteration, soweit sich das bei diesen Tieren beurteilen läßt, der Geschlechtstrieb erlischt bei alten Tieren. Dazu kamen sehr auffallende Beobachtungen, welche uns mehr und mehr zu der

---

[1]) Buschke, B. kl. W., 1900; Verhandlg. d. Dtsch. Derm. Gesellsch., 1901; B. kl. W., 1903, Nr. 39; D. m. W., 1911, Nr. 4; Arch. f. Derm., 1911, Bd. 58, H. 1/2 (Hypertrichosis congenita); Arch. f. Derm., 1913, Bd. 66, H. 3.

Digitized by Google

Überzeugung gebracht haben, daß die Thalliumwirkung, die ich früher schon als eine zentral-nervöse auffaßte, wohl auf dem Umwege über den endokrinen Organring sich entwickle. In diesen gemeinschaftlich mit Peiser ausgeführten Untersuchungen konnten wir außer dem obenerwähnten Zurückbleiben der Tiere in der Entwicklung, in dem Wachstum, in drei Fällen ein vollkommenes Verschwinden der Hoden feststellen, des ferneren gelegentlich bei Mäusen histologisch ein Fehlen des Adrenalins in den Nebennieren, und bei subkutan und durch Fütterung behandelten Meerschweinchen eine chemisch feststellbare Verminderung resp. Verschwinden des Adrenalingehaltes in den Nebennieren. Auch Katarakte haben wir wieder beobachtet. Weitere Untersuchungen über diese auffallenden Ergebnisse, die uns vielleicht einen tieferen Einblick in die Funktion des endokrinen Ringes versprachen, zumal das gleichzeitige Auftreten von Katarakten neben der Alopezie auf Affektionen der Epithelkörperchen hinweisen, werden weiter fortgesetzt und wir werden an anderer Stelle ausführlich auch über die histologischen Veränderungen endokriner Organe berichten. Die bei lokaler Anwendung seltener auftretende lokale Alopezie ist vielleicht auf direkte Schädigung sympathischer Nervenendigungen im Follikelapparat zu beziehen. Bei den geringen tatsächlichen Kenntnissen auf der einen Seite und der zweifellos großen Bedeutung auf der anderen Seite, welche die endokrinen Organe mit der Haut verknüpfen, möchten wir hier schon diese Untersuchungen kurz anführen, weil unter unseren schwierigen Laboratoriumsverhältnissen nur ein langsamer Fortschritt zu erzielen ist und es erwünscht ist, daß auch anderweitig diese mühevollen, unendliche Geduld erheischenden Untersuchungen, mit denen ich seit etwa 20 Jahren beschäftigt bin, mit fortgesetzt werden. Daneben möchte ich auf einige praktische Gesichtspunkte hinweisen, die mit diesen Untersuchungen verknüpft sind. Es ist von Sabouraud, Max Joseph, Pulvermacher, Sainz de Aja y Zuloaga empfohlen worden, diese enthaarende Wirkung des Thalliums praktisch zu benutzen in Form einer Salbe. Wenngleich an der Möglichkeit, in einzelnen Fällen hierdurch lokal Haarausfall zu erzeugen, nicht zu zweifeln ist, wobei ich jetzt annehme, daß vielleicht eine direkte Wirkung des Medikaments auf die Endverzweigungen des sympathischen Systems der Follikel vorliegt, so möchte ich doch auf der anderen Seite auf Grund eigener Erfahrung vor dieser Anwendung warnen. Ich habe den Versuch gemacht, bei einem Patienten mit Sycosis parasitaria durch lokale Applikation von etwa 3 g mit 1 ‰ iger Thalliumvaseline, die an drei aufeinanderfolgenden Tagen appliziert wurde, lokale Alopezie zu erzeugen. Das gelang, aber außerdem fielen dem Patienten im Laufe der nächsten drei Wochen nahezu alle Kopfhaare aus, die erst im Laufe etwa eines halben Jahres wieder völlig regeneriert waren. Des weiteren versuchte ich durch Iontophorese von 1 ‰ iger Thalliumazetatlösung ebenfalls bei Trichophytie Haarausfall hervorzurufen. In einem Fall gelang es, bei den beiden anderen entstand lokal keine Alopezie, aber dafür auch eine geringe Alopezie des behaarten Kopfes (vgl. auch die Beobachtungen des spanischen Autors). Ich glaube deshalb, daß jedenfalls zunächst das Thallium in praxi als Depilatorium doch nur mit großer Reserve zu empfehlen, ja vielleicht eher von seiner Verwendung abzuraten ist.

Digitized by Google

In einer zweiten Untersuchungreihe mit Prof. Levy-Dorn habe ich folgende Untersuchungen gemacht:

Wir stellten zunächst die für Mäuse meist notwendige Enthaarungsdosis mittels Röntgenstrahlen fest, und nun präparierte ich die Tiere durch Injektion ganz schwacher, nach meinen bisherigen Erfahrungen nicht ausreichender Thalliumdosis teils durch Verfütterung, teils durch subkutane Injektion, und dann wurden die Tiere etwa mit der halben notwendigen Dosis bestrahlt. Der Gedanke war dabei, daß man für die Röntgenepilation, die ja, wenn sie mit der Erythemdosis ausgeführt wird, doch gelegentlich unangenehme kosmetische Effekte hat, Hautatrophie, Telangiektasien usw., auf diese Weise eine Herabminderung der Dosis erzielen konnte. Das ist uns aber in allen Versuchen bisher mißluugen. Wahrscheinlich begegnen sich die beiden Methoden biologisch nicht. Immerhin dürfte dieser Gedanke auch für andere Thalliumwirkungen vielleicht weiterer Versuche wert sein.

So ergibt sich aus der Fortführung unserer experimentellen Untersuchungen und praktischen Beobachtungen, daß zwar die Praxis aus diesen lange fortgeführten Thalliumstudien bis jetzt noch keinen nennenswerten Nutzen hat ziehen können, daß aber die weitere Verfolgung der rein wissenschaftlichen Forschung uns zweifellos noch wichtige Aufschlüsse, die auch dermatologisch von Bedeutung sind, bringen dürfte und im weiteren Verlaufe doch noch schließlich praktische Effekte erzielt werden.

---

150 Psoriasisfälle.

Von

Priv.-Doz. Dr. Arth. Jordan in Moskau.

Über die Psoriasis vulgaris ist bereits so viel geschrieben worden, daß es überflüssig erscheint, über dieselbe Worte zu verlieren, wenn man nicht etwas wirklich Neues bringt. Aber da diese Krankheit bis heute soviel Dunkles in sich birgt, können auch 150 Psoriasisfälle, welche ich während der letzten 7 Jahre in meiner Privatpraxis beobachtet habe, zur Betrachtung über diesen und jenen strittigen Punkt anregen und neue Bausteine für das Fundament derselben liefern, zunächst, was die Häufigkeit ihres Vorkommens anbetrifft. Die angegebenen Ziffern schwanken ungemein. Hebra konstatierte 1,7% Psoriasisfälle unter allen seinen Hautkranken, Wisniewski 2%, Greenough 2½%, Martin 3%, J. White unter 58617 Hautkrankheiten in Nordamerika 1924 Fälle von Psoriasis, d. h. 3,28%, Pezzoli und Porges 4%, Block 6%, Nielsen unter 15376 Hautfällen in Europa 993 Fälle von Psoriasis, das macht 6,5%. Nach der Hirschschen Statistik aus der Max Josephschen Poliklinik in Berlin betrug die Anzahl der Psoriasisfälle an derselben 6,63%. In England soll die Psoriasis, wie aus den Angaben von Grosz hervorgeht, in 7%, und in Frankreich in 15% vorkommen. Die Schuppenflechte kommt demnach in den verschiedenen Staaten ungleich häufig vor. Darum

Digitized by Google

dürften statistische Nachrichten über Moskau, welche teilweise ein Licht auch über Rußland überhaupt werfen, von wo gar keine derartigen Statistiken vorliegen, nicht uninteressant sein. In der Zeit von 1914—1921 konstatierte ich unter 3634 Hautkranken meiner Privatklientel 150 Psoriasisfälle, das macht 4%. Andererseits fand ich bei Durchmusterung der Krankenbogen des Ambulatoriums der Ljubimowschen Hautklinik der II. Moskauer Universität für die Jahre 1916—1921 unter 11125 Hautfällen 272 von Psoriasis vulgaris, das macht 2,4%. Besteht auch zwischen der Ziffer meiner Privatpraxis und derjenigen der Hautklinik ein Unterschied, so ist derselbe nicht bedeutend und leicht erklärlich, wenn man bedenkt, daß die intelligenteren, mehr auf sich acht gebenden Privatpatienten schneller den Arzt aufsuchen, als das Gros der indolenteren Ambulatoriumskranken. Beide Ziffern entsprechen aber den niedrigeren der übrigen Statistiken. Dieses scheint darauf zu deuten, daß die Psoriasis vulgaris bei uns nicht gerade sehr häufig vorkommt. Wie steht es weiter mit dem Geschlecht der Kranken? Nielsen notierte 314 Männer und 206 Frauen, Grosz 311 Männer und 176 Frauen, Wilson 23 Männer und 40 Frauen, Abraham 133 Männer und 222 Frauen, Anderson 97 Männer und 99 Frauen, Hirsch 1576 Männer und 260 Frauen, Kaufmann, Conradi, Rille (siehe Krekeler, Illgen) 833 Männer und 246 Frauen, Wisniewski 57 Männer, 59 Frauen und 33 Kinder. Trotz des Überwiegens der Frauen über die Männer nach Wilson, Abraham, Anderson und Wisniewski wird doch in allen Lehrbüchern behauptet, daß die Psoriasis vulgaris bei den Männern öfter vorkommt als bei den Frauen, weil die letzteren Statistiken zu kleine Zahlen bieten neben den anderen größeren. Bei meiner Privatpraxis konstatierte ich in der Tat auch das Überwiegen der Männer über die Frauen, nämlich 81 Personen männlichen und 69 weiblichen Geschlechts, aber in dem Ambulatorium der Hautklinik überwogen unter den Psoriatikern die Personen weiblichen Geschlechts beträchtlich über die männlichen, nämlich 170 gegen 102. Um zu einem wirklich richtigen Urteil in dieser Hinsicht zu kommen, wären viel größere und einheitlichere Statistiken mit genauer Berücksichtigung des betreffenden Krankenmaterials nötig. Durch eine einfache Addierung verschiedener Statistiken, wie es Nielsen tut, wobei er unter 2439 Psoriasisfällen 1482 Männer und 957 Frauen zählte und auf ein bedeutendes Überwiegen der Männer schließt, können wir zu falschen Schlußfolgerungen kommen. Über die Ursache des kolossalen Überwiegens der psoriasiskranken Männer in der Max Josephschen Poliklinik fehlen Aufklärungen. Es könnte vielleicht durch ein Vorwiegen der Männer unter den sich an die Poliklinik wendenden Personen verursacht sein? In der Ljubimowschen Klinik überwiegen unter den Kranken z. B. die Frauen, denn von 11125 Hautkranken waren 4199 männlichen und 6928 weiblichen Geschlechts, so daß das Überwiegen der weiblichen Psoriasisfälle über die männlichen an sich noch gar nichts besagen würde. Zum richtigen Verständnis müssen wir die Anzahl der einen wie der anderen in Beziehung zur Gesamtzahl der Hautkranken setzen. Da zeigt es sich, daß die Psoriasisfälle unter den Männern 2,42% und unter den Frauen 2,45% betrugen. Das Verhältnis der beiden Geschlechter hält sich somit an unserer Klinik so ziemlich die Wage. Es ist nicht aus-

Digitized by Google

geschlossen, daß bei richtiger Deutung der Ziffern dieses vielleicht auch sonst der Fall ist. Weiter hat stets und überall die Frage interessiert, wann gewöhnlich die ersten Krankheitserscheinungen auftreten? Nach NIELSEN in 44% im Kindesalter, nach HILBING in 40% vor dem 15. Lebensjahr, nach GROSZ zwischen dem 5. und 15. Lebensjahr, nach BULKLEY etwas später, zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr, nach HIRSCH noch später, zwischen dem 21. und 40. Lebensjahr. DARIER zufolge kann die Erkrankung in jedem Lebensalter (von 2—80 Jahren) auftreten, tut das aber besonders zur Zeit der Pubertät und bei der reiferen Jugend. Von meinen Kranken gaben 41, d. h. 32,6% an, daß sie zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr und 30, d. h. 20% zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr, somit über die Hälfte zwischen dem 11. und 30. Lebensjahr erkrankt seien. Diese Angaben kommen somit der DARIERschen Behauptung am nächsten. Ebenso bestätigt mein Krankenmaterial, daß die Psoriasis in jedem Alter beginnen kann. Da man sich aber auf das Gedächtnis der Kranken sehr schlecht verlassen kann, und hierauf bauend sich großen Irrtümern hingeben kann, dürfte es nicht bedeutungslos sein nachzuforschen, in welchen Jahren ihres Lebens sich die Psoriatiker am häufigsten an den Arzt wenden. Meine Kranken wandten sich am öftesten an mich zwischen dem 11. und 30. Lebensjahr, und zwar diejenigen weiblichen Geschlechts zwischen dem 11. und 20., diejenigen männlichen Geschlechts zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr, genau wie nach der BLOCKSchen Statistik. Weiter folgen die Altersklassen zwischen dem 31. und 40. Jahr und so weiter abnehmend. Die unter 10jähr. wie die über 50jähr. bilden seltene Ausnahmen. Eine ähnliche Statistik gibt auch WISNIEWSKI, dessen größte Anzahl seiner Psoriasiskranken zwischen dem 10. und 20. Lebensjahr stand. Es fragt sich nur, ob die Psoriasis in diesen Jahren am heftigsten auftritt oder ob andere Gründe obwalten? Bei einigen seltenen Psoriasisfällen, welche Jahre hindurch in meiner Behandlung geblieben sind, habe ich den Eindruck gewonnen, daß die Krankheit mit den Jahren an Heftigkeit zwar abnimmt, aber teilweise liegt das seltenere Kommen älterer Personen wohl auch daran, daß die Kranken sich an ihr Leiden gewöhnt haben und schließlich selbst am besten wissen, was ihnen gut tat und dieses anwenden.

Was nun die Lokalisation der Psoriasis anbetrifft, so bestätigten natürlich auch meine Fälle die allgemeine Regel, daß die Psoriasis betraf:

1.	die Extremitäten allein in	55 Fällen
2.	gleichzeitig die Extremitäten, den Kopf und Rumpf in	34 „
3.	„ „ „ und den Kopf in . .	27 „
4.	„ „ „ „ „ Rumpf in . .	10 „
5.	allein den Kopf in	11 „
6.	gleichzeitig den Kopf und den Rumpf in	6 „
7.	allein den Rumpf in	5 „
8.	„ das Glied in	2 „
	im ganzen:	150 Fälle

Auf die Frage, wie oft die einzelnen Stellen betroffen waren, erhalten wir folgende Antwort:

Digitized by Google

1.	der Kopf	72 mal
2.	die unteren Extremitäten	60 „
3.	die oberen „	57 „
4.	die Ellenbogen	55 „
5.	der Rumpf	51 „
6.	die Knie	42 „
7.	die Handrücken	8 „
8.	das Gesicht	6 „
9.	der Penis	6 „
10.	die Nägel	5 „
11.	das Gesäß	3 „
12.	das äußere Ohr	2 „
13.	die Fußsohlen	2 „
14.	die Handflächen	1 „
15.	der Hodensack	1 „
16.	die Schleimhaut der Oberlippe	3 „

Besondere Beachtung verdienen von allen den selteneren Lokalisationen die zwei Fälle unter den sechs, wo die Psoriasis einzig und allein den Penis, und zwar die Eichel, in Gestalt einer typischen, silberweißen Plaque betraf, bei deren Ablösung sich ein kleines Blutröpfchen entleerte. Von den übrigen, seltener befallenen Partien, wie Gesicht, Ohren, Hodensack, Handflächen und Fußsohlen, genügt es zu erwähnen, daß dieselben selten betroffen waren. Einen Übergang der Psoriasis von der Haut auf die Lippenschleimhaut sah ich nur in drei Fällen, und zwar bei Rauchern [1]).

In bezug auf die Ätiologie der Psoriasis vulgaris bewegen wir uns, trotz Langs Epidermophytenbefund im Jahre 1878, der viel Staub aufwirbelte, und Rascks Nachweis der Spirochaeta Sporogona Psoriasis im Jahre 1921, welcher noch der Bestätigung bedarf, und der zwischenliegenden langen Kette verschiedenster, nicht anerkannter Pilze, immer noch in demselben neuropathisch-arthritisch-dyskrasisch-herpetisch-autotoxischen Kreise. Immer wieder möchte man die so verlockend erscheinende Theorie vom parasitären Ursprung aufs Pferd setzen, aber außer den vielen auf- und niedertauchenden Pilzen und Protozoen und dem klinisch in mancher Hinsicht an eine Pilzkrankheit erinnernden Bilde der Psoriasis vulgaris will der Hauptbeweis, der Nachweis der Übertragung, nicht gelingen. Destants Autoinokulation wird nicht als einwandfrei anerkannt, Strantzs Versuch der Infektion seiner eigenen Haut mißlang, und die vereinzelten Berichte über Infektion einer Person von der anderen, wie z. B. durch M'Call Anderson, Unna, Trapesnikow u. a., verblassen mit den Jahren, wo sie weiter keine Stütze finden. Auf einen, dem ersten Eindruck nach, dafür verdächtigen Fall bin auch ich im Laufe der Jahre gestoßen. Seit längerer Zeit behandle ich zwei Brüder S. wegen hartnäckiger Psoriasis. Vor kurzem machte mich die Frau des einen dieser beiden Brüder darauf aufmerksam, daß sie an ähnlichen

[1]) Augenblicklich steht in meiner Behandlung in der Hautklinik der II. Universität eine Kranke, welche nicht raucht und bei der sich auf der Wangenschleimhaut eine selbständige Psoriasis mucosae oris entwickelt hat.

Digitized by Google

Erscheinungen wie der Mann leide, und stellte an mich die berechtigte Frage, ob sie sich nicht vom Mann angesteckt habe? Ihre Krankengeschichte lautet kurz folgendermaßen:

Die Jüdin S., 56 Jahre alt, ist seit 19 Jahren mit einem Mann verheiratet, dessen schwere Psoriasis mit Vorliebe immer wieder die Hände betrifft und ihn hilflos macht, so daß die Frau ihn beständig salben und verbinden muß. Vor 4 Jahren will sie zum erstenmal einen Ausschlag auf dem linken Vorderarm bemerkt haben, auf den sie nicht besonders acht gegeben hat, weil er sie wenig inkommodierte. Jetzt aber beginnt der Ausschlag sich auszubreiten und sie durch Jucken zu belästigen. Von ihren Eltern und direkten Verwandten leidet niemand an Psoriasis, wohl aber ein Brudersohn. Mit ihrem Mann steht sie in keiner verwandtschaftlichen Beziehung. Ihre Mutter hat schwer unter Gicht und Diabetes gelitten. Sie selbst leidet seit der Kindheit an gichtischen Attacken.

Status praesens, August 1921: Bei der gesund aussehenden, wohlgenährten Frau findet sich auf der Streckseite des linken Vorderarms ein ovaler, etwa 8 cm langer und 6 cm breiter, roter, mit silberweißen Schüppchen bedeckter Streifen, bei deren Ablösung sich kapilläre Blutungen einstellen.

Was liegt bei diesen, für Psoriasis vulgaris charakteristischen Merkmalen näher, als an eine Ansteckung durch den Mann zu denken? Ähnliches berichtet IMPARATI, wo eine Infektion des Mannes durch die Frau wahrscheinlich war. Wenn man aber in unserem Fall den Ort der Erkrankung berücksichtigt, welcher für eine Ansteckung verhältnismäßig wenig gefährdet war und bedenkt, daß ein leiblicher Neffe der Kranken Psoriasis hat, kommen einem Zweifel, ob wirklich eine Infektion vorliegt und es sich nicht um ein zufälliges Zusammentreffen von Psoriasis bei Mann und Frau handeln könnte; insbesondere, wo die Kranke an Gicht leidet und außerdem sowohl in bezug auf Gicht als auch auf Diabetes schwer belastet ist, d. h. mit zwei Krankheiten, die als disponierend für Psoriasis gelten. Wenn somit eine Infektion unserer Kranken durch den Mann auch nicht ausgeschlossen ist, so erscheint sie mir doch unwahrscheinlich! In Kombination mit anderen Krankheiten sahen wir unter unseren Fällen die Psoriasis: 6mal mit Gicht, 4mal mit Diabetes, 4mal mit Rheumatismus, 1mal mit Syringomyelie, einigemal mit anderen Dermatosen, wie z. B. mit Alopecia areata, Herpes zoster (2mal), Pityriasis versicolor, und, was bei dem häufigen Vorkommen der Lues verständlich ist, 12mal mit letzterer, und zwar bald gleichzeitig, bald nacheinander. In allen diesen Fällen gingen die Krankheiten im großen und ganzen nebeneinander einher, ohne sich gegenseitig zu beeinflussen. Nur bei einer Kombination von Psoriasis mit Gicht und Rheumatismus verlief die Psoriasis öfter besonders schwer. Akute Infektionskrankheiten riefen, wie allbekannt, auch in meinen Fällen zeitweilige Besserungen hervor, bei Gravidität trat bald Besserung, bald Verschlimmerung der Psoriasis auf. Eine Revakzination veranlaßte in 3 Fällen neue Psoriasisausbrüche. Aber dieses sind alles mehr oder weniger Zufälligkeiten von verhältnismäßig geringer Bedeutung, dagegen spielte die hereditäre Veranlagung in meinen Fällen eine entschiedene Rolle, da sie in 24 Fällen nachweisbar war. Und sie dürfte in Wirklichkeit eine noch größere, als mir nachzuweisen gelang, sein, da sie durchaus nicht immer eine direkte von den Eltern auf die Kinder zu sein braucht, und die wenigsten Kranken genau über den Gesundheitszustand ihrer Verwandten orientiert sind. Es betrafen nämlich unter diesen 24 vererbten Fällen:

Digitized by Google

1.	Großmutter, Mutter und Tochter . .	3mal
2.	Großvater, Vater und Sohn	2 „
3.	Vater und Tochter	4 „
4.	„ „ Sohn	2 „
5.	„ , Onkel und Sohn	1 „
6.	Mutter und Tochter	1 „
7.	„ „ Sohn	1 „
8.	„ , Tochter und Sohn	1 „
9.	Großvater und Enkeltochter	1 „
10.	„ „ Enkelsohn	1 „
11.	„ , Tante und Enkeltochter . .	1 „
12.	„ , Onkel und Enkelsohn . .	1 „
13.	Großmutter und Enkeltochter. . . .	1 „
14.	Onkel und Neffe	1 „
15.	Tante „ „	1 „
16.	Onkel, Tante und Nichte	1 „
17.	zwei Brüder	1 „
	Im ganzen:	24mal

Mag schließlich einmal der richtige Parasit gefunden werden, mögen Podagra, Arthritis, Diabetes, das Nervensystem und verschiedene Reize als disponierende Momente eine Rolle spielen, am häufigsten kehrt in der Erscheinungen Flucht die hereditäre Veranlagung bei den Psoriasiskranken wieder, und daran können wir nicht achtlos vorübergehen. In meinen Fällen betrug sie 15%, dasselbe Verhältnis fand Rosenthal, während andere noch viel höhere Zahlen angeben, so z. B. Erasmus Wilson 30%, Poor 31,4%, und Kaposi behauptete sogar seiner Zeit, daß man selten einen Psoriatiker trifft, „ohne daß eines seiner Eltern oder ein Familienglied aufsteigender oder einer Seitenlinie nicht auch an dem Übel litten oder gelitten hätten". Zu weit geht aber Ohman-Dumesnil, indem er die Psoriasis zu den Krankheiten zählt, welche ein Heiratsverbot nach sich ziehen müßte! Auf einen anderen Punkt finde ich merkwürdigerweise keinen Hinweis in der Literatur, nämlich auf das häufige Vorkommen der Psoriasis bei der jüdischen Rasse. Unter meinen Psoriasisfällen gab es 20% Juden. So gewiß es ist, daß diese Nation sich in Krankheitsfällen schneller an den Arzt wendet als die anderen, so überraschend ist selbst unter dieser Voraussetzung die verzeichnete große Anzahl von jüdischen Psoriatikern. Da diese Nation für Nervenkrankheiten stark disponiert ist, und andererseits, meiner Beobachtung nach, im Laufe der Kriegs- und Revolutionsjahre die Fälle von Psoriasisausbrüchen nach Gemütserschütterungen häufiger wurden, scheint manches zugunsten eines neuropathischen Ursprungs der Psoriasis zu sprechen.

Es erübrigt noch auf einen Punkt näher einzugehen, nämlich auf das Vorkommen von Leukoderma bei Psoriasis. Rille konstatierte dasselbe mindestens 67mal unter etwa 1200 Psoriasiskranken, worüber er und seine Schüler Kaufmann, Conradi, Krekeler, Illgen und Kunze noch öfter, ich sah dasselbe nur einmal unter 150 Fällen.

Kurz zusammengefaßt würde meine Ansicht über die Psoriasis vulgaris dahin lauten, daß dieselbe in Moskau zu 2,4—4% unter allen Haut-

Digitized by Google

krankheiten und demnach nicht sehr häufig vorkommt. Sie betrifft beide Geschlechter in fast gleicher Weise, ist in 15% vererbt und findet sich besonders häufig unter der jüdischen Rasse. Obgleich sie durch verschiedene Momente ausgelöst werden kann, scheinen unter denselben diejenigen nervöser Natur eine gewisse Rolle zu spielen. Der erste Ausbruch der Krankheit fällt nach Angabe der Kranken meist auf das 11.—20. Lebensjahr, kann aber in jedem Lebensjahr vor sich gehen. Den Arzt suchen dagegen die Psoriatiker am häufigsten im Alter zwischen 11—30 Jahren auf. Das Leucoderma psoriaticum läßt sich nur selten konstatieren.

Literatur.

1. Abraham, zit. nach Grosz, l. c. — 2. Anderson, Brit. m. J., 1876. — 3. Block, 3000 Fälle von Hautkrankheiten. Berlin 1888. — 4. Bulkley, Ref. Mh. f. pr. Derm., 1908, Bd. 46, S. 145. — 5. Darier, Grundriß der Dermatologie. Deutsche Übersetzung, 1913. — 6. Destant et Augagneur, Inoculabilité du psor. Comptes rend. de la soc. méd. de Lyon, 1889. Prov. méd., 1889. Nr. 23. — 7. Greenough, Ref. Mh. f. pr. Derm., 1886, Bd. 5, S. 26. — 8. Grosz, Mračnek, Handb. d. Hautkrkh., 1905, Bd. 2, S. 120. — 9. Hebra, Über Psoriasis. Allg. W. m. Ztg., 1857. — 10. Hilbine, Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis. Inaug.-Diss., München 1905. — 11. Hirsch, Derm. Zbl., 1904, 8. Jahrg., Nr. 3, S. 66. — 12. Illgen, Neue Beiträge zur Statistik der Psoriasis vulg. Inaug.-Diss., Leipzig 1920. — 13. Imparati, Ref. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 112, S. 452. — 14. Judin, Psoriasis vulg. Inaug.-Diss., Kiew 1909 (Russisch). — 15. Kaposi, Pathol. u. Ther. d. Hautkrkh., Berlin 1899. — 16. Kaufmann, Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis vulg. Inaug.-Diss., Leipzig 1904. — 17. Krekeler, Beiträge zur Statistik der Psoriasis vulg. Inaug.-Diss., Leipzig 1912. — 18. Kunze, Über Leukoderma psoriaticum. Inaug.-Diss., Leipzig 1921. — 19. Lang, Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph., 1879, 11. Jahrg., S. 237. — 20. Martin, Psoriasis. Am. J. of Derm. and gen.-urin., 1899, Nov. — 21. Nielsen, Mh. f. pr. Derm., 1892, Bd. 15, S. 317. — 22. Ohman-Dumesnil, Mh. f. pr. Derm., 1885, Bd. 4, S. 269. — 23. Pezzoli u. Porges, 127 Fälle von Haut- und Geschlechtskrankheiten, Wien 1903. — 24. Poor, zit. nach Judin, l. c. — 25. Rasch, Ref. Derm. W., 1921, Bd. 73, Nr. 30. — 26. Rille, Über Leucoderma psoriaticum der behaarten Kopfhaut. Derm. W., 1912, Bd. 54, S. 10. — 27. Rosenthal, Über typische und atypische Psoriasis. Arch. f. Derm., 1893, Bd. 25, S. 79. — 28. Strantz, zit. nach Block, l. c. — 29. Trapesnikow, Zur Frage über die Ansteckungsfähigkeit von Psoriasis vulg. Milit.-m. J., April 1896 (Russisch). — 30. Unna, zit. nach Jarisch-Matzenauer, Die Hautkrankheiten, Wien 1908. — 31. White, zit. nach Nielsen, l. c. — 32. Wilson, zit. nach Grosz, l. c. — 33. Wisniewski, Ref. Mh. f. pr. Derm., 1907, Bd. 44, S. 243.

Versammlungen.

Versammlung über die bisherigen Erfahrungen mit der Hautimpfmethode Ponndorf.

Weimar, den 27. November 1921.

Einberufer: Ponndorf-Weimar. Verhandlungsleiter: Hapke-Mühlhausen.

Hellwig-Stettin empfiehlt die Hautimpfmethode für die Frühdiagnose der Tuberkulose, zur prophylaktischen Behandlung der Kinder. Therapeutisch würden besonders stärkere frische Infektionsformen gut beeinflußt.

Will-Königsberg hat dieselben therapeutischen Erfahrungen gemacht und vergleichende Impfungen mit A. F. Höchst und H.-I. A. und B. angestellt, wobei der letztere stärkere bzw. allein Reaktionen ergab.

Riedel-Dresden warnt vor massiver Behandlung; wünscht die von Ponndorf geforderten starken Reaktionen zu vermeiden. Die H.-I. habe auch eine unspezifische Wirkung, so daß eine erfolgreiche Kur noch keine vorhandene Tuberkulose bedeute. Keine lebenslängliche Immunität.

Digitized by Google

Franke-Naumburg und Engelbrecht-Frankfurt haben überraschend gute und schnelle Heilungen bei skrofulösen Augenerkrankungen, besonders bei Kindern, erzielt. Die H.-I. ist besonders geeignet zur Behandlung der Erkrankungen des vorderen Augenabschnittes.

Hahn-Hamburg, überraschend schnelles Ausheilen fistelnder, tuberkulöser Drüsen; eventuell aber auch Rezidive; auch dann rasche Erfolge. Beste Erfolge in einigen Fällen von Hoden-, Blasen- und Nierentuberkulose. Bei Lupus vulgaris nur im Anfangsstadium, immerhin eine ganze Anzahl von Heilungen; keine Erfolge bei Lupus exfoliativus; ausgezeichnete, meist Heilungen, bei Lupus erythematosus. Ausnahmslos prompte Erfolge bei Erysipel. H. hat weiter Gutes gesehen bei Prurigo, je einmal bei Pemphigus vulgaris, Lichen ruber planus, Ulcus cruris, bei Ekzem jugendlicher Personen mit exsudativer Diathese, bei nässendem Ekzem. Dringende Empfehlung der Psoriasisbehandlung mit H.-I. trotz vieler Fehlschläge; nur bei stationärer Schuppenflechte.

Langemak-Erfurt sah ebenfalls sehr gute Erfolge bei Erysipel, Knochen- und Weichteiltuberkulose, sowie akutem Gelenkrheumatismus, beginnender Arthritis deformans und akuten Gichtanfällen. Günstige Beeinflussung auch bei völlig negativer Reaktion des Impffeldes.

Dickmüller-Arnstadt, von 3 Lupusfällen 2 unbeeinflußt, 1 geheilt.

Schmidt-Lebaume-Klettwitz N. L. hat nach Ponndorf mit Gonokokkenvakzine (10000 Millionen Keime im Kubikzentimeter einer 50%igen Glyzerinemulsion) H.-I. aller 5—14 Tage angestellt. Danach $^1/_4$—1%ige Silbernitratbehandlung. Nur geringe Lokal- und Allgemeinreaktion. Epididymitis schneller beeinflußt als Prostatitis. Synovialmetastasen gut beeinflußt; ebenso Gonokokkämie; chemische Therapie wird jedoch nicht überflüssig gemacht. H.-I. empfohlen als Kontrollmobilisator. Entsprechende Versuche bei Lues mit Luetin im Hange.

Koopmann-Hamburg, Demonstration histologischer Schnitte.

Ponndorf-Weimar, starke Reaktionen seien erwünscht. Demonstration von Fällen, die Impfungen seien bis zu 2 Jahren Dauer durchzuführen, unter genauer Einhaltung der Technik. Ekzem schwand häufig erst nach der 5.—6. H.-I. Nachimpfung nach $^1/_4$—$^1/_2$ Jahr.

Boehme-Dresden, Historisches über H.-I. A. und B. und anschließend Erörterungen über den mutmaßlichen Reaktionsvorgang in der Haut und zu erzielende Immunität.

Härtl-Steglitz, 1 Lupusfall unbeeinflußt.

Vogel-Breslau, sowohl Haut- wie Urogenitaltuberkulose gut beeinflußt.

Burchard-Bückeburg, Langguth-Bad Öynhausen, Loeffler-Erfurt, Boehme-Dresden, Schulze-Koswig, Poetsch-Bielefeld, Kroll-Albertsberg, v. Einsiedel-Dresden, Simon-Frankfurt, fordern schärfere Kritik; $^1/_2$jähr. Beobachtungszeit sei völlig unzureichend.

O. Kieß-Leipzig.

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologische Chirurgie.

1922, Bd. 8, H. 5.

Die erweiterte Radikaloperation des Blasenkrebses und ihre anatomische Begründung, von W. Latzko-Wien. S. 135. Verf. geht hier entsprechend der Wertheimschen Operation beim Uteruskarzinom beim Blasenkarzinom vor, indem er sich durch schrittweises Unterbinden und Abtragen der Ligamenta vesico-uterina und ihrer Gefäße zwischen Uterus und Blase durcharbeitet. Bei Erkrankungen der Blase wird möglichst nahe am Uterus, bei Erkrankungen des Uterus möglichst nahe an der Blase abgebunden. 14 Abbildungen tragen wesentlich zur Erklärung der Operation bei. Den Vorteil seiner Methode sieht Verf. darin, daß er das Beckenbindegewebe in einzelne, leicht zu unterbindende Gefäßstiele teilt.

Die Amylnitrit-Mischnarkose, von Ferdinand Winkler-Wien. S. 151. Verf. geht von der Erfahrung aus, daß bei relativer Blutleere im Gehirn die Pat. leichter und schneller narkotisiert werden können als unter normalen Verhältnissen. Hans erzielte diese relative Blutleere, indem er die Extremitäten hoch oben abband und so dem Körper einen Teil der Flüssigkeit entzog, so daß weniger Blut zum Gehirn kam. Eine weitere Beschleunigung der Narkose wird durch Verminderung des Sauerstoffes im Blute erzielt.

Digitized by Google

Es konnte nachgewiesen werden, daß Hunde nach Einatmung kleiner Mengen von Amylnitrit trotz verstärkter Atmung um $^1/_3$ weniger Sauerstoff aufnahmen als vorher, und daß ihr Arterienblut nur die Hälfte Sauerstoff enthält als normal. Das Amylnitrit bildet im Blute Methämoglobin, es hat aber die Eigenschaft, daß es die Zellen der Blutkörperchen nicht lädiert, so daß die Blutänderung nur eine vorübergehende ist. Andererseits erweitern alle methämoglobinbildenden Substanzen die Gefäße, weshalb es bei plötzlichen Zufällen in der Chloroformnarkose empfohlen wurde. Um das Amylnitrit bei der Narkose verwenden zu können, war es wesentlich, den die Herzarbeit verschlechternden Einfluß auszuschalten. Dieses gelang Verf. durch Sättigung des Amylnitrits mit Kohlenoxyd. Dieses „veränderte Amylnitrit" bedingt zwar ebenfalls eine Hyperämie des Gehirns, es erregte aber nicht das Gefühl der Vollheit und hinterließ nicht die Eingenommenheit des reinen Amylnitrits. Beim veränderten Amylnitrit waren die Herzkontraktionen kräftiger und ausgiebiger und es entstand kein Lungenödem. Versuche am Menschen ergaben, daß das Amylnitrit sich für die Chloroformnarkose, die an sich den Blutdruck stark senkt, welche Wirkung das Amylnitrit ebenfalls hervorruft, nicht geeignet ist. Für die Äthernarkose hingegen leistet das Amylnitrit, indem es das Exzitationsstadium herabsetzt und ein schnelles Erwachen post operationem des Pat. bewirkt, die besten Dienste. Die Mischung wurde in der Weise vorgenommen, daß zu 1000 Teilen Narkosenäther 6 Teile Amylnitrit gegeben wurden. Der Siedepunkt lag zwischen 33,5 und 34°, entsprach also annähernd dem Siedepunkt des reinen Äthers. In der Praxis bedingt das Amylnitrit, wie schon erwähnt, eine Abschwächung des Exzitationsstadiums sowohl bei Alkoholikern, sowie ein schnelles Erwachen nach der Narkose ohne die lästigen Nachwirkungen, wie Übelkeit und Erbrechen. So kommt es weder zu Bronchitiden noch zu Pneumonien, um so mehr, wenn man dem auch durch das Amylnitrit nicht verringerten Speichelfluß durch Bestreichen der Mundschleimhaut, besonders des Zungengrundes, mit $^1/_2$%iger Atropinlösung begegnet. Noch günstiger ist das obenerwähnte Amylium nitrosum carbonisatum, das weniger auffallend riecht. Man kann das Amylnitritäthergemisch wie das Chloräthyl auf eine mehrfache Lage Gaze auftropfen lassen; im Anschluß an den Chloräthylrausch hat das Amylnitrit den Vorzug, daß es die herzschädigende Wirkung des Chloräthyls ausgleicht. Verf. hat 100 Narkosen mit diesem Gemisch ohne Zwischenfall ausgeführt, er will eventuell das Mittel durch Zusatz von 10 Tropfen Ol. pini pumilionis zu 100 Tropfen Gemisch noch verbessern, da letzteres Öl die Schleimabsonderung, die das Amylnitrit eher noch steigert, bedeutend herabsetzt. So glaubt Verf., hier das ideale Mittel zur Narkose gefunden zu haben. A. Rosenburg-Berlin.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

1921, Nr. 11.

Jadassohnsches Anetoderma erythematosum (Anetoderma Erythematosum of Jadassohn), von W. McMurray. S. 373—377. Der 44jähr. Patient, Baumeister, hatte vor 12 Jahren an der linken Halsseite eine oberflächliche (Streif-) Schußwunde bekommen, welche rasch heilte; 6 Jahre später trat an derselben Stelle dieser Schußwunde unterhalb des linken Ohres ein brennendes Gefühl auf, die Oberfläche wurde rot und juckend, nahm allmählich ein gesprengeltes Aussehen an und breitete sich peripherwärts aus. Im größten Umfang mißt dieser unregelmäßig geformte Herd 9 cm, ist ohne einen erythematösen Rand, von runzeligem Aussehen, die Haut ist verdünnt, unelastisch und scheint mit dem unterliegenden Fett nur lose zusammenzuhängen, die Farbe ist großenteils schneeweiß und über die Oberfläche zerstreut finden sich eine Anzahl dunkel gefärbter Stellen. An der Nasenspitze, an der linken Lippenkomissur und am Tragus des linken Ohres sind ähnliche weiß gefärbte aber kleinere Herde vorhanden. Wassermannsche Reaktion negativ, die Ehefrau hat drei lebende gesunde Kinder, keine Fehlgeburten gehabt. Die mikroskopische Untersuchung eines aus dem Halse exzidierten Hautstückchens zeigte keinerlei Bakterien oder Pilze, Atrophie des Korium und speziell der Papillarschicht, welche eher die Fasern als die Zellen betrifft und womit eine Infiltration kleiner Rundzellen verbunden ist. Das ganze Bild entspricht jenem der Anetodermia erythematodes, auch Atrophia maculosa cutis genannt.

Über Herdinfektion (Focal-Infection), von H. Leslie Roberts. 2. Teil. S. 353 bis 372. Im zweiten Teile seiner Arbeit versucht R., die biologischen Tatsachen, die

Digitized by Google

mit der Herdinfektion in Beziehung stehen, zusammenzufassen, und mit den Bakterienherden an den Hautoberflächen beginnend, die Verteilung der Bakterien auf der Magen-Darmschleimhaut, die Giftwirkung des Verdauungskanals (intestinale Toxämie) und die chronische Toxämie, welche durch den Eintritt von Proteinsubstanzen in das Blut entsteht (heterotopische Verdauung), darzustellen. Die Hautfissuren sind ja bekannt als Eintrittswege für Infektionen, ebenso ist es in der Mundschleimhaut der Fall mit den kariösen Zahnherden, den Krypten der Tonsillen, dem Lymphgewebe des Nasenrachenraums. Davis hat seine spezielle Aufmerksamkeit auf die in den Tonsillen vorhandenen Plasmazellen gerichtet, welche in der zweiten bis dritten Lebenswoche auftreten und dann immer vorhanden sind bis zum hohen Alter (80 Jahren), unbeschadet des anatomischen Zustandes der Tonsillen; bei Hypertrophie derselben sind sie sehr zahlreich. Im Verdauungskanal wurden die Plasmazellen von Davis unter der Schleimhaut gelegen, und zwar besonders zahlreich in der Gegend der Lymphfollikel gefunden. Die Plasmazellen werden, im allgemeinen gesprochen, von den Pathologen als Erscheinung chronischer Entzündung oder Reizung angesehen, aber ihr frühes Vorkommen in den Tonsillen läßt auf irgend eine noch nicht geklärte Funktion schließen. Die Verteilung von Bakterien längs der Magen-Darmschleimhaut und deren Wanderung in die unterliegenden Lymph- und Blutgefäße und weiterhin in andere Organe, damit zusammenhängend die Fragen intestinaler Toxämie, die sowohl von Bakterientoxinen wie von Protein (Zersetzungs-) Produkten (heterotopische Verdauung) ausgehen kann, bilden weitere Kapitel dieser höchst komplizierten mit der Herdinfektion zusammenhängenden Fragen. Die beobachteten klinisch-bakteriologischen Tatsachen dürften vielleicht eine genügende Erklärung dafür abgeben, daß die verschiedenartigsten Dermatosen, wie Lupus erythematosus, Alopecia areata, Lichen planus und Prurigo u. a. m. mit der gleichen Bakterienflora in den Tonsillen zusammenhängen, und umgekehrt der gleiche Schlußeffekt in einigen Fällen mit der einen Art von Tonsillenflora und in anderen Fällen mit einer ganz anderen Art verbunden ist. Die Beziehungen der Immunität und Anaphylaxis zur Herdinfektion, ebenso wie den Mechanismus der Wiederherstellung (Genesung), wobei jedenfalls die 3 Faktoren: Tätigkeit des Blutserums, die Phagozyten und die Produkte der Leukozytenautolysis eine Rolle spielen, unterzieht R. schließlich noch seiner scharfsinnigen Betrachtung, muß aber zugeben, daß wir noch weit entfernt von einer befriedigenden Erklärung für all diese Fragen sind.

1921, Nr. 12.

Lymphoblastische Erythrodermie (Lymphoblastic Erythrodermia), von James H. Sequeira und Philip N. Panton. S. 391—400. Die drei hier beschriebenen Fälle, die ziemlich identisch mit dem von v. Zumbusch im Jahre 1917 veröffentlichten Falle derselben Krankheit sind, haben als Hauptsymptome eine allgemeine, über den Körper verbreitete Erythrodermie und eine spezifische Veränderung im Blute. Die Haut war in allen Fällen ziegelrot, intensives Jucken vorhanden, die Lymphdrüsen sowohl am Halse, den Achselhöhlen und den Leisten vergrößert, beweglich und nicht schmerzhaft. Das Blutbild ergibt eine große Prozentzahl (großer und kleiner) Leukozyten (60—76%), Herz und Gefäße normal, Wassermann negativ. In keinem der Fälle waren Tatsachen zu beobachten, die auf einen bakteriologischen (protozoiden), toxischen oder Ursprung infolge von Stoffwechselstörungen schließen ließen, und da nichts Weiteres über die Ätiologie dieses Krankheitsbildes zu eruieren war, schlagen Verff. obige Bezeichnung vor, welche die charakteristischen Erscheinungen wiedergibt und die Affektion von anderen Erythrodermien unterscheidet. Das Blutbild ist in allen Fällen, die übrigens Individuen beiderlei Geschlechts im Alter von 40—70 Jahren betrafen, das gleiche und wesentlich verschieden von jenem der Leukämie und sogenannten Pseudoleukämie. Von Mycosis fungoides, die differentialdiagnostisch in erster Linie in Betracht kommt, unterscheidet sich die lymphoblastische Erythrodermie 1. durch das Blut-, 2. das histologische Bild, 3. das Fehlen eines Geschwulststadiums und 4. damit, daß es auf Röntgenstrahlenanwendung gar nicht reagiert. Die Therapie (mit allen möglichen äußeren und inneren Mitteln) erwies sich ziemlich machtlos.

Extragenitale, an ungewöhnlicher Stelle sitzende Schanker, ein genitaler Schanker merkwürdigen Ursprungs und Bericht über 3 Fälle (Extragenital Chancres in an Unusual Position; a Genital Chancre of Curious Origin, and a Report of three Cases), von A. Reith Fraser. S. 401—408. In den zwei ersten Fällen saßen die Schankergeschwüre bei einem 2- bzw. 3jähr. Kinde am inneren Rande des linken Ober-

Digitized by Google

armes, im dritten Falle bei einem 3—4jähr. Mädchen an der rechten Seite der Vulva, und alle 3 Fälle werden auf eine eigentümliche, „metcha" benannte Gewohnheit südafrikanischer Eingeborenen zurückgeführt, zur Befriedigung ihrer sexuellen Triebe kleine Kinder zu gebrauchen: der erwachsene Mann benutzt Oberschenkel oder Achselhöhle als künstliche Scheide und reizt so seinen Geschlechtstrieb. Es ist wahrscheinlich, daß als Folge der Syphilis insontium und der unnatürlichen und unmoralischen Gewohnheiten der Eingeborenen Mc Donaghs Schätzung des Verhältnisses von extragenitalen zu genitalen Geschwüren für das südöstliche Europa noch bei manchen Eingeborenenstämmen Südafrikas übertroffen wird.

Angeborene Nägel-Anomalien. Vier Fälle ererbter Hypertrophie des Nagelbettes, verbunden mit vorzeitigem (bei der Geburt schon vorhandenem) Zahnausbruch (Congenital Anomalies of the Nails. Four Cases of Hereditary Hypertrophy of the Nail-Bed Associated with a History of Erupted Teeth at Birth), von F. Anderson Murray. Außer einem 12jähr. Kinde waren noch 2 Geschwister, die Mutter und der Großvater mit der gleichen Nagelbettaffektion behaftet. Die Nägel beider Hände und Füße sind glatt und an der Basis scheinbar normal — weder Erosion nach Streifenbildung vorhanden —, am freien Ende jedoch sind sie durch eine dunkelgelbe, an den Ecken aus dem Nagelbett herausragende hornige Masse verdickt; diese Auswüchse sind an den Händen besonders ausgeprägt. Eine weitere interessante Tatsache bei diesen Fällen ist der Umstand, daß jedes der affizierten Familienmitglieder mit zwei oder mehr Zähnen auf die Welt kam; diese Zähne verschwanden im 6.—9. Monat. Die Kinder sind sonst normal, die Anamnese ergibt keine Syphilis, keine Anzeichen von Ichthyosis, Psoriasis oder andere Form von Keratosis. Mikroskopische Untersuchung des Nagelgewebes und der Hornmassen ergab keine Zeichen von Pilzerkrankung. Infolge des Vorstehens der Nägel aus dem Nagelbett sind die Nägel Verletzungen sehr zugänglich und leiden daher die Kinder häufig an Paronychie. Die Therapie ist wenig befriedigend. In dem Falle der Mutter wurde einige Besserung erzielt, indem das Horngewebe abgefeilt und dann Salizylsalbe eingerieben wurde; die Besserung ist jedoch nur vorübergehend, da die Hornmasse rasch wieder nachwächst. (Mit vier photographischen Abbildungen.) M. Stern-München.

Bücherbesprechungen.

Über den derzeitigen Stand der Lehre von der Pathologie und Therapie der Syphilis. Sechs Vorlesungen für praktische Ärzte von J. Kyrle. (Zweite, neu durchgesehene und vermehrte Auflage. Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1922. 108 S.) Wie Verf. selbst betont, treten in der Frage der Syphilislehre dauernd Verschiebungen ein, so daß es nicht wundernehmen kann, wenn der von ihm gezeichnete „dermalige" Stand der Lehre vielleicht heute schon nicht mehr restlos zutrifft. Da das Buch sich an den praktischen Arzt wendet, ist manches naturgemäß nur kurz behandelt, den wertvollen eigenen Studien des Verf. wird man es nachsehen, wenn er im Gegensatze dazu der Liquor-Kontrolle einen verhältnismäßig breiten Platz gewährt. Der Rat, in zweifelhaften Fällen sich, um nicht die Behandlung in der Primärperiode zu verabsäumen, eher für Lues zu entscheiden und sogleich mit der Behandlung einzusetzen, erscheint besonders für praktische Ärzte doch bedenklich. Bei der Frage des Salvarsanspätikterus und der akuten gelben Leberatrophie hätte das Bestehen abweichender Anschauungen wenigstens angedeutet werden können; das von dem Verf. eingeführte Mirion ist doch wohl noch zu neu, um dem fundierten Standpunkt, den sich Verf. für seine Darstellung vorgesetzt hat, zu genügen. Im ganzen kann aber dem Geschick, mit dem auf verhältnismäßig engem Raume eine Fülle wissenswerter Tatsachen und ein anschauliches Bild der auf dem Gebiete der Syphilis im Gegensatz zu einem jahrzehntelangen Stagnieren fast Schlag auf Schlag folgenden modernen Erkenntnisse gegeben wird, reichste Anerkennung gezollt werden. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pigmentanomalien.

Hautschädigungen bei Brikettarbeitern und ihre Beziehungen zur „Kriegsmelanose“, von Rud. Schärer-Zürich. (Schweiz. m. W., 1921, Nr. 13.) Verf. beschreibt ein Krankheitsbild, das bei 4 Brikettarbeitern beobachtet wurde und große Ähnlichkeit mit der Kriegsmelanose hat. Die Hauptzüge sind eine diffuse, dunkelbraun bis rotbraune Pigmentierung, hauptsächlich an Stellen, wo das Licht zur Haut Zutritt hat oder durch die Kleider die Haut gedrückt wird; ferner eine schmutzigbraune Verfärbung der Konjunktiva; eine Hyperkeratose, die an den Follikelmündungen ausgeprägt ist und deshalb zur Bildung von Komedonen Veranlassung gibt, eine Aussaat von akneförmigen Effloreszenzen und eine Epithelproliferation an umschriebenen Stellen.

G. Assmann-Kiel.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Zur Hyperdaktylie beim Menschen, von Wilhelm Pflug. (Diss., Rostock 1920.) Mitteilung von 13 Fällen. F. Weiler-Leipzig.

Angeborene Geschwülste der Haut und der inneren Organe, von Gerhard Leder. (Diss., Jena 1920.) Sechs Fälle: Adenoleiomyom des Dünndarms. Neurofibrom der Schläfe. Lymphangioma cysticum. Endotheliom der Wade. Malignes Hämangio-Endotheliom der oberen Gesichtshälfte. Anaplastischer Krebs der Wange mit Metastasen.

F. Weiler-Leipzig.

Der Naevus conjunctivae ein Progonoblastom, von F. Jendralski-Breslau. (Virch. Arch., 1921, Bd. 233, S. 226.) Das Vorkommen stark pigmentierten Bindehautepithels in der phylogenetischen Vorfahrenreihe des Menschen und die Art und Weise der Nävusentwicklung in der Konjunktiva legen den Gedanken nahe, daß diese Pigmentmäler von atavistischen Überbleibseln im Bereiche der Bindehaut herzuleiten sind.

O. Gans-Heidelberg.

Ein elefantiastisches Neurofibrom der Kopfschwarte, von H. Flörken und W. Steinbiss-Bielefeld. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1921, Bd. 124, H. 2, S. 451—457.) Bei einem 30jähr. gesunden Mann entwickelte sich ohne erforschbare Ursache am Scheitel eine langsam wachsende weiche Geschwulst, die schließlich eine beträchtliche Größe erreichte und kapuzinerkappenförmig auf dem Kopf saß. Exstirpation. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine diffuse Bindegewebsgeschwulst, in der zahlreiche rundliche Gebilde eingelagert waren. Diese wurden als aus neurogenem Gewebe bestehend erkannt. Ihre Entstehung denken sich Verff. durch produktive Vorgänge an den Zellen der Schwannschen Scheide. M. Rehbein-Hamburg.

Über Syringome der Augenlider (Dei siringomi delle palpebre), von L. Martinotti, Univ.-Klin. Bologna. (Tumori, Bd. 7, H. 3.) Beschreibung von 10 Fällen von Syringomen der Lider, deren Kennzeichen ihre leichte Erhabenheit von etwa Halbhirsekerngröße, ihre weißliche Farbe, ihre plane bis halbkugelförmige Oberfläche, bisweilen leicht eingedellt, bei mäßig harter Konsistenz ohne subjektive Beschwerden von seiten der Patienten sind. Zwei Fälle wurden histologisch gründlich untersucht, wobei sich u. a. Veränderungen an der Tubulis der Schweißdrüsen fanden. Die Tumoren sind wohl epithelialen Ursprungs. Ausführliche Erörterung der Differentialdiagnose. Therapie: Elektrolyse, Galvanokaustik. Thermokauter, Kohlensäureschnee, Röntgen, Radium, Mesothorium. Umfassende Literaturangaben und vier schöne Bilder ergänzen die Arbeit.

E. Sklarz-Berlin.

Über die diffuse Fibromatose der Brustdrüse beim Mann, von A. Consten-Köln. (D. Zschr. f. Chir., 1921, Bd. 167, H. 3 u. 4, S. 264—281.) Auch bei dieser Erkrankung, die nicht so selten ist, wie man nach der geringen Literatur darüber annehmen sollte, handelt es sich um einen chronischen Reizzustand, der in engem Zusammenhang mit der physiologischen Involution steht. Karzinomatöse Entartung ist bisher nicht beobachtet worden. Gelegentlich beobachtete Entzündungsvorgänge sind sekundärer Natur.

M. Rehbein-Hamburg.

Digitized by Google

Regressive Störungen und Atrophien.

Über Keloidbildung an mit Zinnober tätowierten Hautstellen, von PETER VALDER. (Diss., Bonn 1920.) 23jähr. Mann. Das Keloid zeigte sich an der Prädilektionsstelle — dem Sternum — während 3 bzw. 6 cm von diesem entfernt kein Keloid aufgetreten war, obschon an allen 3 Stellen die Qualität des gesetzten Reizes die gleiche war, nämlich das Einbringen von Zinnoberpartikelchen in die Haut.

F. Weiler-Leipzig.

Über sklerodermische Dystrophien, von H. CURSCHMANN-Rostock. (M. Kl., 1921, Nr. 41, S. 1223.) Das Zusammentreffen von allgemeiner Kachexie und Dystrophien verschiedener Art mit symmetrischer Sklerodermie ist ein die Regel bildendes Vorkommen. Verf. bringt sechs mehr oder weniger eingehend wiedergegebene Fälle. Vor längerer Zeit hat v. NOORDEN auf das Auftreten von Sklerodermie als Späterscheinung nach längerem Bestehen von verschiedenen trophischen Störungen im Anschluß an eine akute Krankheit namentlich bei jungen Mädchen hingewiesen, den Jungmädchentyp der Kachexie im Gegensatz gewissermaßen zur Chlorose. Für solche Fälle eignet sich die Bezeichnung pluriglanduläre Insuffizienz besser als die sonst gebrauchte der Degeneratio genito-sclerodermatica. Jedenfalls ist die Annahme berechtigt, daß die Sklerodermie ein koordiniertes Symptom im Rahmen einer Blutdrüsensklerose sein kann, das in manchen Fällen vorhanden ist, in anderen wiederum fehlt, und wobei besonders zu betonen ist, daß die sklerodermatische Dystrophie kein einheitliches, sondern ein recht vielgestaltiges Symptomenbild darstellt, und man korrekterweise von sklerodermatischen Dystrophien als Pluralbegriff sprechen muß. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über subkutane Fettgewebsnekrosen beim Neugeborenen (sog. Sklerodermie der Neugeborenen), von BERNHEIM-KARRER-Zürich. (Schweiz. m. W., 1922, Nr. 1.) Die Erkrankung ist von der Sklerodomie der Erwachsenen zu trennen, von der sie sich klinisch und mikroskopisch auf das schärfste unterscheidet. Es handelt sich um Infiltrate von der Größe einer Linse bis zu der eines Kinderhandtellers, die in den tieferen Hautschichten zu liegen scheinen und den Rücken, die Außenseiten der Oberarme und die Wangen bzw. das Kinn bevorzugen. Die Resorption ist eine viel raschere als bei der echten Sklerodermie, Narbenbildung tritt nicht ein. Miksroskopisch findet sich eine Nekrose des subkutanen Fettgewebes, die von einer recht beträchtlichen entzündlichen Reaktion begleitet ist. Die Krankheit wird durch Geburtstraumen ausgelöst, übergewichtige Kinder scheinen dazu besonders disponiert zu sein. E. Levin-Berlin.

Maligne Neubildungen.

Abwehrmaßnahmen des organischen Gewebes gegen den Krebs, von CARL BAYER-Prag. (Zbl. f. Chir., 1921, Bd. 48, S. 1758.) Verf. macht auf die von allen Autoren gefundene „kleinzellige Infiltration" des Nachbargewebes knapp an der Grenze des Neoplasmas aufmerksam und kommt auf Grund einiger Versuche, die unten erwähnt seien, zu dem Schluß, daß es sich hier um Schutzmaßnahmen des gesamten Körpers handele. Er sah nämlich nach Applikation von frischer Milzpulpa auf offene Krebsgeschwüre einen durch Einschmelzung des Krebsgewebes entstandenen Schwund desselben; ebenso wirkte entzündliches Exsudat (Retentionssekret einer aseptischen Wunde, Hydrozelenflüssigkeit usw.). Auch der Nachweis „karzinomabbauender Fermente" (ABDERHALDEN) will Verf. damit in Einklang bringen. An klinischen Symptomen weist Verf. auf die entzündliche Schwellung der Lymphdrüsen hin, die meist einer krebsigen Infiltration vorausgeht und später wieder verschwindet. Rasch wachsende Krebse gehen meist mit einem Ödem der Umgebung einher, dann findet man auch in diesen Fällen in dem Neoplasma stets nekrotische Einschmelzungsherde, die nach Verf. die Folge der Arbeit dieses Ödemes sein sollen. Auch die venöse Stauung scheint einen ungünstigen Einfluß auf das Wachstum des Neoplasmas zu haben. So wurden Mittel, die eine lokale Leukozytose auslösen, als Heilmittel angegeben. Daß ihr Erfolg ein unsicherer ist, liegt nach Ansicht des Verf. besonders daran, daß durch die Zerstörung der Krebszellen arteigenes Eiweiß zerstört wird, das dann wieder die rundzellenbereitenden Organe schädigt, so daß diese den immer weiterfortdauernden Ansprüchen an Neubildung von Rundzellen nicht mehr nachkommen können. So entsteht die Krebskachexie. Ferner kompliziert der Umstand, daß die Abwehrfermente neben den krebsschädigenden Komponenten auch das normale Gewebe abbauen, so daß ihre Wirkung noch ungenauer, unsicherer und unzulänglicher wird. A. Rosenburg-Berlin.

Digitized by Google

Das Psammokarzinom der Haut mit besonderer Berücksichtigung seiner Verkalkung, von Emil K. Frey. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 24, H. 3, S. 497.) An der Hand eines bei einem 72jähr. Mann beobachteten, durch die Operation glatt entfernten knochenharten Tumors, der von einer festen bindegewebigen Kapsel umschlossen, an der unteren Partie der linken Wange saß, kommt Frey zu interessanten, sicher nicht unwidersprochen bleibenden Schlüssen über die Genese des selteneren Psammokarzinoms der Haut. Es entwickelt sich aus embryonalen Plattenepithelkomplexen, die während der Zeit ihres Ausdifferenzierungsprozesses zu Talgdrüsenzellen abgeschnürt werden. Kommen solche Zellen zum Wachstum, so können sie nur die Fähigkeit zeigen, die zur Zeit ihrer embryonalen Isolierung in ihnen schlummerte, hier die einer unvollkommenen Talg- und Hornbildung. Die Kombination dieser beiden Eigenschaften liefert das eigenartige Produkt, das aus unvollkommenem Horn und unvollkommener Fettsäure besteht. Dieses Produkt fällt der Verkalkung anheim. Die Entwicklung dieser Krebsform aus Atheromen lehnt der Verf. ab. E. Delbanco-Hamburg.

Studien über Hautepithelatypie bei Krebs- und Granulationsgewebe und die diagnostische Verwendung der Kerngröße, von K. A. Heiberg, Finsen-Inst. Kopenhagen. (Virch. Arch., Bd. 234, H. 2—3, S. 469—480.) Verf. hat in einer früheren Arbeit (Nord. m. Arkiv, 1908, Bd. 2, Nr. 4) festgestellt, daß beim Karzinom die durchschnittliche Kerngröße im Vergleich zu anderen Epithelatypien zugenommen hat, und außerdem die Kerne in ihren Größenverhältnissen stark variieren. Für die Richtigkeit seiner Anschauung führt Verf. an, daß Boveri auf dem Zusammenhang zwischen Unregelmäßigkeit im Verhalten der Chromosomen und der vermehrten Kerngröße der Geschwulstzellen hingewiesen hat. H. betont die diagnostische Verwertbarkeit des Kernmessungsbildes, welches das Hautkarzinom gegenüber anderen, atypischen Epithelwucherungen mit infiltrativ-heterotopem Wachstum (z. B. Lupus) auszeichnet. Durch Kernmessungen in 40 Fällen von spinozellulärem Hautkarzinom ergab sich, daß nur Maße über 15 Mikromillimetern gefunden wurden, und daß sehr große Kerne immer gegen einfache Atypie sprechen, während ein in dieser Hinsicht negativer Befund das Vorliegen eines Karzinoms allerdings nicht ausschließen läßt. F. Jacobsohn-Berlin.

Schusterdaumenkrebs, von H. Stahr, Städt. Krankenh. Danzig. (D. m. W., Nr. 48, S. 1452—1454.) Pathologisch-anatomische Beschreibung des Schusterdaumenkrebses bei einem 17jähr. Schuhmacherlehrling. Als ätiologisches Moment kommt nicht der Schusterpech, sondern die mechanischen Verletzungen durch Instrumente in Betracht. F. Harry-Berlin.

Über die diffuse Fibromatose der Mamma und ihren Übergang in Karzinom, von A. Lukowsky-Köln. (D. Zschr. f. Chir., 1921, Bd. 167, H. 1 u. 2, S. 81—115.) Es handelt sich bei der Mastitis chronica cystica um einen chronischen Reizzustand, der mit lebhafter Bindegewebswucherung, Epithelproliferation und Rückbildungsprozessen einhergeht. Die Bindegewebshyperplasie ist das Primäre. Auf dem Boden der Epithelproliferation kann leicht Krebs entstehen, dessen Diagnose durch destruierendes Wachstum sicher gestellt werden kann. M. Rehbein-Hamburg.

Über die künstliche Erzeugung von Teerkarzinom und -sarkom, von K. Yamagiwa-Tokio. (Virch. Arch., 1921, Bd. 233, S. 235.) In systematischer Anwendung der Teerpinselung des Kaninchenohres ist es gelungen, im Anschluß an Hyperkeratose der Follikel bzw. Oberflächenepithelien, Hornschuppenretention, Hornzystenbildung und Haarfollikeln, typische und atypische Hyperplasie der Basalepithelien der äußeren Haarscheide, Sprossenbildung, somit Neubildung von Follikelepitheliom zu erzielen. Unter Dissoziation der Epithelzellen an der äußeren Haarscheide und starker Epithelsprossenbildung, dann aktiver Loslösung aus dem physiologischen Verband, reger Mitose, infiltrativem Wachstum, Epithelzellenbildung kam es zur Karzinombildung, der Geschwulstzellthrombosen folgten unter myomatöser Entartung des Stromas. Durch einfache, physikalisch-chemische Reizung in Form von Teerlanolininjektionen in die Brustdrüse gelang in einem Falle nur künstliche Myxofibrosarkombildung der Kaninchenmammae, daneben wiederholt Adenokankroid- oder Kankroidbildung zu erzielen. O. Gans-Heidelberg.

Zur Frage der experimentellen Erzeugung der Teerkarzinome, von P. Luschütz-Wien. (W. kl. W., 1921, Nr. 51, S. 613—614.) Mit Steinkohlenteer gepinselte Mäuse zeigten nach 88—125 Tagen die ersten, makroskopisch deutlich wahrnehmbaren Hautveränderungen in Gestalt unterstecknadelkopfgroßer, grauweißer, über das Hautniveau vorspringender Knötchen, die in den folgenden Wochen zu warzenartigen Gebilden oder breitbasig oder gestielt aufsitzenden papillomähnlichen Neugebilden mit rauher oder

Digitized by Google

zerklüfteter Oberfläche heranwachsen. Durch subkutane Einverleibung der Knötchen gelang es Verf. zweimal bei gesunden Mäusen typische Warzenbildung zu erzeugen. Bei den teerbehandelten — wie bei den Passagemäusen trat eine Generalisierung der Hautveränderungen bis zu 7 Tochterwarzen in der Nähe des Primärherdes oder auf größere Entfernung hin auf. Histologisch zeigten die Warzen den Bau von Karzinom. Einmal entstand ein kirschgroßer Tumor von rötlicher Farbe, der die Struktur eines Sarkoms aufwies. Ferner kam es bei den Versuchstieren zu Pigmentierungen in ganz ungewöhnlicher Form und Zahl. Die tiefdunkelschwarzen Pigmentflecke saßen in den oberflächlichen oder tiefen Kutisschichten. Verf. möchte die Teerpinselung als direkt auslösendes Moment dafür ablehnen, da die Flecke auch bei 2 Passagemäusen auftraten. Offenbar kommt es zu einer unter dem Einfluß der Hautkarzinose erfolgenden Reizung des pigmentbildenden Gewebes. H. Soltmann-Leipzig.

Weitere Untersuchungen über experimentell nach Einimpfung von menschlichen Karzinomen und Sarkomen entstandene Mäusegeschwülste, von Fr. Keysser-Jena. (Arch. f. kl. Chir., Bd. 117, H. 2, S. 318—337.) Verf. ist es nach Vorbehandlung der Ausgangsgeschwulst (Reizzustand, Sensibilisierung) in 2% gelungen, menschliche bösartige Tumoren auf Mäuse zu übertragen. Die Entwicklungsdauer der Impftumoren betrug im Durchschnitt 10 Monate. Bei Weiterimpfung in Generationen wurde eine Steigerung von 2 auf 30% erzielt. M. Rehbein-Hamburg.

Chirurgische Diathermie bei oberflächlichen malignen Neubildungen (Surgical Diathermy in Accessible Malignancy), von George A. Wyeth-New York. (New York m. J., 1921, 114, Nr. 12.) Es wird eine Methode empfohlen, bei der es zu einer Austrocknung durch Erzeugung von Wärme in den Geweben von innen kommt im Gegensatze zu der Fulguration und Kauterisation. E. Levin-Berlin.

Krankheiten des Mundes.

Aphthenseuche bei Menschen, von A. Hittmair-Innsbruck. (M. Kl., 1921, Nr. 37, S. 1108.) Die Zahl der roten Blutkörperchen ist auf der Höhe der Erkrankung um 1—2 Millionen im ccm gestiegen; gleichzeitig ist der Hämoglobingehalt des Blutes erhöht, der Färbeindex bleibt immer ungefähr 1. Diese Erscheinung kann wohl durch den heftigen Speichelfluß erklärt werden, der bei wenigstens zwei der Fälle enorme Dimensionen erreichte. Ferner war, namentlich bei den zwei schwereren Fällen, eine ausgesprochene Leukozytose zu bemerken, wobei besonders die Lymphozyten vermehrt waren (etwa 35%) und morphologisch interessante Befunde darboten, indem neben Plasmazellen längere Zeit hindurch zahlreiche Lymphozyten mit jungen und mit vielgestaltigen Kernen, zweikernige und Makro- und Mikroleukozyten sich vorfanden. Betreffs des Erregers der Krankheit verhält sich Verf. gegenüber den Mitteilungen von Stauffacher über ein neues zu der Gruppe der Monadinen gehörendes Protozoon ablehnend. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Behandlung der infektiösen Zahnfleischerkrankung mittels Aolaninjektionen, von J. Nissen-Uelzen. (M. Kl., 1921, Nr. 40, S. 1205.) Nachdem N. bei einigen Fällen, welche als Maul- und Klauenseuche beim Menschen gedeutet wurden, gute Resultate mit Aolaninjektionen beobachtet hatte, ging er dazu über, diese Therapie auch bei sonstigen hartnäckigen, zum Teil nekrotisierenden Affektionen der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches anzuwenden. Die Injektionen wurden in Abständen von 3—4 Tagen in Dosen von 0,4—0,5 ccm gegeben. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zahninfektion (Tooth Infection), von Oliver T. Osborne-New Haven, Conn. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 8.) Eine gründliche Beseitigung der zahlreichen Keime, die für den Körper gefährlich werden können, ist stets geboten. Ihre Anwesenheit ist nicht immer leicht ersichtlich, da sie keine Eiterung zu bewirken brauchen. Arzt, Zahnarzt und Zahnröntgenologe müssen zusammenarbeiten. E. Levin-Berlin.

Zur Vakzinebehandlung der Angina follicularis mit Opsonogen, von R. Gressbert-Beringhausen. (M. Kl., 1921, Nr. 42, S. 1262.) Bei etwa 12—15 Fällen von typischer Angina follicularis gab G. mit gutem Erfolg möglichst frühzeitig eine subkutane Injektion von 500 Millionen Keimen. Es handelte sich dabei nur um erwachsene Männer. Nachteilige Wirkungen wurden nicht beobachtet; nur in dem einen Fall trat am siebenten Krankheitstage, am dritten Tage nach der Opsonogeninjektion, eine bald wieder vorübergehende leichte Albuminurie auf, welche wohl eher der primären Erkrankung als der Injektion zuzuschreiben war. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Über Behandlung der Plaut-Vincentschen Angina mit Trypaflavin. Komplikation mit Gasbazillensepsis, von Rahnenführer-Magdeburg-Altstadt. (M. Kl., 1921, Nr. 24, S. 718.) Ein häufigeres Auftreten der Angina Plaut-Vincenti hat Verf. seit Herbst 1919 auch konstatiert. Er betont auch die häufige Verwechslung der Affektion mit Diphtherie; von 36 Fällen waren 23 als Diphtherie der Klinik zugewiesen worden. Neben anderen klinischen Einzelheiten berichtet R. über einen 12jähr. Jungen, der im Anschluß an Plaut-Vincentsche Angina starken Gewebszerfall am Gaumen, Anschwellung des Gesichts, Fieber bis 40° C, bronchopneumonische Symptome und Herzschwäche entwickelte und am 18. Krankheitstage zugrunde ging. In der Leber (Schaumleber) sowie am Rachen und in anderen Organen fanden sich zweifellose Fraenkelsche Gasbazillen. — In therapeutischer Hinsicht wird Trypaflavin als Spray in $^1/_2$%iger Lösung 2—3mal täglich angewandt und als Gurgelwasser (20 Tropfen der $^1/_2$%igen Lösung auf ein Glas Wasser) warm empfohlen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den Soor des Kehlkopfes, von Langer-Berlin-Schöneberg. (Arch. f. Laryng., 1921, Bd. 34, S. 159—163.) Fall von Soor der Stimmbänder bei einem 3 Wochen alten Knaben, der zur Autopsie kam. Unter dem Soorbelag fanden sich ausgedehnte Epitheldefekte, die L. für Soorschädigungen hält. Die Soorerkrankung war auf die Stimmbandränder beschränkt und offenbar von einer Stomatitis aphthosa aus sekundär entstanden.
F. Hirsch-Ulm.

Haare und Nägel.

Ergebnisse von Thalliumiontophorese hinsichtlich der Haarpapillen und Haarscheiden. Experimentelle und histologische Untersuchungen (Risultati delle ionizzazioni taliche sul sistema pilifero. Ricerche sperimentali ed istologiche), von Francesco Fasani-Volarelli-Siena. (Communicazione fatta alla R. accademia dei fisiocritici, 28. V. 1920, Siena 1920.) Kaninchenversuche. 1—2%ige Thalliumlösung. Die Alopezie trat in der Regel an der Stelle der Anode und Thalliumeinwirkung auf, einmal symmetrisch auf der nicht behandelten Seite und einmal noch an anderen Körperstellen, entsprechend der eingeführten Thalliummenge. Bei Längerdauern der Stromeinwirkungen traten toxische Erscheinungen auf. Haarausfall nicht vor dem 14. Tag. Kolbenhaare. Zuerst Einstellung der Proliferationsvorgänge auf der Papille. Verkürzung und Zusammenschnürung des Haarbalges. Austreibung des Haares durch Zellanhäufung unter dem Bulbus. Wucherung der äußeren Epithelschicht (Regeneration). Die Regeneration erfolgt bei Thalliumalopezie nach doppelt so langer Zeit als bei Epolierungen. Bei öfteren Wiederholungen der Iontophorese wachsen nur mehr Lanugohaare oder gar keine mehr. Das Thallium wirkt auf dem Wege über das Nervensystem, und zwar auf dem Wege über das periphere (Haarausfall an den Applikationsstellen), wie über das zentrale (symmetrischer Haarausfall). A. v. Notthafft-München.

Die Behandlung des vorzeitigen Haarausfalles (The Treatment of Premature Loss of Hair), von George M. Macke-New York und George C. Andrews-New York. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 8.) Der Artikel beschäftigt sich mit dem (symptomatischen, idiopathischen, seborrhoischen) vorzeitigen Haarausfall sowie mit der Alopecia senilis und areata. Er bringt eine große Zahl von Verordnungsweisen der stimulierend, antiseptisch, keratolytisch wirkenden Medikamente in Form von Salben, Einreibungen, Waschungen. Besprechung der elektrischen (Hochfrequenz) und Strahlentherapie, der Massage und allgemeinen Hygiene. E. Levin-Berlin.

Über die häufigste Ursache der Kahlheit, von Friedrich Grötte-Crešov. (W. m. W., Nr. 46, S. 1965—1966.) Verf. glaubt, in dem Tragen von Hüten, besonders steifen Hüten, die Hauptursache des Haarausfalls speziell bei Männern zu sehen. Und zwar nimmt er an, daß durch den zirkulären Druck die Gefäße der Kopfhaut, vor allem die Arteriae temporales und occipitalis abgeschnürt würden und es so zu einer schlechten Ernährung und allmählichen Atrophie der Haarpapillen käme.
K. Glaser-Berlin.

Teilexzision des Nagels bei Paronychie am Nagelgrund, von A. Hintze, Chir. Univ.-Klin. Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 49, S. 1494.) Verf. empfiehlt bei Paronychien, die sich auf den Nagelgrund oder die benachbarten beiderseitigen Abschnitte des Nagelfalzes beschränken, eine Teilexzision des Nagels, um den größten Teil der distalen Schutzplatte bis zum Neuauftreten des jungen Nagels zu erhalten. Der distale Restnagel schiebt sich, ohne zu wachsen, nach außen, bis er sich etwa 6 Wochen nach dem Eingriff leicht von der Unterlage abheben läßt. F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

Dermatomykosen.

Schwer diagnostizierbare Hauttrichophytie (Trichofizia cutanea non facilmente diagnosticabile), von Gravagna. (Riforma med., 37. Jahrg., Nr. 51.) Fälle von einer hartnäckigen Dermatose, wo es nicht möglich war, eher eine Diagnose zu stellen, als bis die mikroskopische und kulturelle Untersuchung das Vorhandensein von Trichophyton violaceum feststellte. E. Freund-Triest.

Heilung der Aktinomykose durch Yatren, von W. Pfeiler-Jena. (B. kl. W., 1921, Nr. 48, S. 1413.) Durch intravenöse resp. subkutane und intramuskuläre Darreichung von 5%iger Yatrenlösung erzielte Verf. bei zwei Rindern mit ausgedehnter aktinomykotischer Geschwulst in kurzer Zeit ohne direkten operativen Eingriff Heilung. Für die menschliche Therapie empfiehlt Verf. bis zum ferneren Ausbau der Methode zehnfach kleinere Dosen. E. Langer-Berlin.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Das Antiskabiosum „Catamin", von F. Drexler-München. (Allg. m. Ztg., 1921, Nr. 49.) Das wirksamste Prinzip dabei scheint die Kolloidform des Schwefels zu sein. Das Mittel erfüllt in überraschender Weise alle an ein Antiskabiosum zu stellenden Forderungen (sichere Tötung aller Parasiten und Keime in kurzer Zeit, Stillung des Juckreizes, absolute Reizlosigkeit und Ungiftigkeit, Geruchlosigkeit, Fehlen von Hautverfärbung und Beschmutzung der Wäsche. E. Levin-Berlin.

Zur Kenntnis des Cysticercus und die Literatur derselben seit 1900, von C. A. M. Heidfeld. (Diss., Bonn 1919.) 32jähr. Kraftwagenführer, Erkrankung auf dem östlichen Kriegsschauplatz 1917. Das Krankheitsbild wies zwingend auf einen intraokularen Cysticercus hin. Deutlich wurden während der Beobachtungszeit Bewegungen des Kopf- und Halsteiles des Parasiten wahrgenommen.
F. Weiler-Leipzig.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Über Schutzimpfungen gegen Masern mit Masernrekonvaleszentenserum, von C. Manchot und F. Reiche-Hamburg. (M. Kl., 1921, Nr. 41, S. 1230.) Das Degkwitzsche Verfahren haben Verff. bei Einschleppung der Maserninfektion im allgemeinen Krankenhaus und im Waisenhaus in Hamburg sehr bewährt gefunden. Das Serum wurde 34 Spendern in der Zeit vom siebenten bis zehnten Rekonvaleszententage entnommen, auf Sterilität und auf WR geprüft und unter Karbolsäurezusatz in Ampullen zu 3—5 ccm eingeschmolzen. Von 155 im Krankenhaus einer Infektionsgefahr ausgesetzten Kindern, die mit diesem Serum behandelt wurden, starben 5 an anderen Krankheiten vor Ablauf der Inkubationszeit. Von den übrigen 150 blieben 139 (92,6%) von Masern verschont, und nur 3 boten ausgeprägte Masernsymptome, die übrigen 8 nur abortive Erscheinungen oder ganz flüchtige Exantheme dar. Im Waisenhaus waren die Resultate bei einem Bestand von 65 Kindern nicht so günstig, indem 41% der gespritzten Kinder erkrankten; aber nur bei 2 Fällen handelte es sich um ausgesprochene Masern, bei 20 um abortive Masern und bei 3 um fieberlose leichte Masernroseola. Offenbar war die Sechstagegrenze der Inkubationszeit, für die die übliche Serumdosis berechnet ist, bei vielen Kindern überschritten worden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Schutzimpfungen gegen Morbilli, von Fr. Tordag und K. Papp-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1921, Nr. 24—25.) Nach Degkwitz machten die Autoren in 261 Fällen Versuche mit Rekonvaleszentenserum Impfungen. Es gelang ihnen, 246 Kinder von der Infektion zu schützen. Von 65 Kindern, die höchstens in dem sechsten Inkubationstag gewesen sein konnten, blieben von der Infektion 61 verschont. Von 110 Kindern, die 7—11 Tage der Infektion ausgesetzt waren, erkrankten nur 4. Fünfmal hatten die Autoren auf verschiedenen Kinderabteilungen, welche mit Morbilli schon längere Zeit durchseucht waren, die Erkrankungen gänzlich eingestellt. Während 72—75 Tagen erkrankten von den geimpften Kindern 3. Die Autoren halten für ratsam, daß dort, wo viele Kinder zusammen sind und eines von ihnen an Morbilli erkrankt, die Schutzimpfung nach Degkwitz's Vorschriften auszuführen. Die Verschaffung von Rekonvaleszentenserum geschieht folgenderweise. Am 7.—10. Tage des schon fieberlosen Kranken ließen sie mit Venenpunktion aus dem Arm 40 ccm Blut ab. Hiervon erhielten sie 16—18 ccm Serum. Sie gaben dazu einige Tropfen von 5%iger Karbollösung, das

Digitized by Google

sie gut verschlossen und kühl aufbewahrten. Das von 3 Kindern gewonnene Serum wird zusammengegossen und in 3—5 ccm großen Dosen gegeben. Die das Blut abgebenden Kinder müssen selbstverständlich negative WR zeigen.
M. Porosz-Budapest.

Über Masernschutzserum, von Rudolf Degkwitz, Univ.-Kinderkl. München. (D. m. W., 1922, Nr. 1, S. 26—27.) 2,5 ccm Masernschutzserum (MRS) bis zu 4 Tagen nach der Infektion injiziert, schützen mit Sicherheit Kinder bis zu 4 Jahren. Diese Dosis heißt 1 Schutzeinheit (Sch.-E.). Am 5. und 6. Tage nach der Infektion schützen 5—6 ccm. Am 7. Tage post infectionem ist der Erfolg auch mit mehreren Sch.-E. unsicher. Verf. macht sodann Vorschläge, das MRS dem allgemeinen Gebrauch zugänglich zu machen. Wo kein MRS erhältlich, können 10 ccm Blut als 1 Sch.-E. entsprechend injiziert werden oder 30 ccm Serum von Erwachsenen, die Masern überstanden haben.
F. Harry-Berlin.

Über Masernschutzimpfung (On Prophylactic Inoculation Against Measles), von S. Hiraishi und K. Okamoto. (The Kitasato Inst. for Infection Diseases, Inc., Tokyo. The Jap. Med. World, 1921, Bd. 1, Nr. 6, S. 10—15.) Das geringste infizierende Masernpatientenblut lag zwischen 0,001—0,002. Schutzimpfung mit 0,001 ccm erwies sich als unschädlich und verlieh den Kindern einen gewissen Grad von Immunität, bietet aber keinen absoluten Schutz gegen die natürliche Infektion. Trat die Erkrankung erst 4 Wochen nach der Schutzimpfung auf, so verlief sie milder. Aus den Ergebnissen leiten die Verff. ein Schema für die Schutzimpfung ab.
E. Sklarz-Berlin.

Über das Auslöschphänomen bei Scharlach, von G. Dorner-Leipzig. (M. Kl., 1921, Nr. 51, S. 1543.) Verf. hat das von Schulze und Carlton 1917 zuerst beschriebene und von Paschen ausgebaute Phänomen der Abblassung des Scharlachexanthems im Bereich einer durch Injektion von Scharlachrekonvaleszentenserum bzw. von Normalserum an einer größeren Zahl von Fällen studiert und bewährt gefunden. In Gegenüberstellung zu diesem als aktives Phänomen bezeichneten Vorgang hat P. namentlich die sogenannte passive Probe ausgearbeitet, bei welcher das Serum von einem frischen Scharlachfalle keine Abblassung an einem frischen Scharlachexanthem bewirkt. D. verwendete demgemäß: 1. Normalsera, 2. Rekonvaleszentensera, die nicht vor 5—6 Wochen nach Krankheitsbeginn entnommen sein dürfen, und 3. frische Scharlachsera, welche innerhalb der ersten 5 Tage nach Krankheitsbeginn, am besten zwischen dem dritten und fünften Tage entnommen werden und möglichst nicht länger als 4 bis 6 Wochen aufgehoben werden sollen. Es empfiehlt sich, sämtliche verwendete Sera auf 0,5%igen Karbolgehalt zu bringen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Roseola paratyphosa, von E. Fraenkel-Hamburg-Eppendorf. (Zschr. f. Hyg. u. Inf., Bd. 93, H. 2/3, S. 372.) Die Roseola paratyphosa ist, ebenso wie die Typhusroseole, eine bakterielle Metastase im Lymphgefäße der Haut. Die histologischen Befunde stimmen mit den an Typhusroseolen zu erhebenden prinzipiell überein. Die histologischen Veränderungen der Haut sind jedoch nur im Zusammenhang mit dem Nachweis der Krankheitserreger an der betreffenden Hautstelle als für den typhösen Prozeß beweiskräftig anzusehen. Das Fehlen von Leukozyten und Plasmazellen auf der einen, die Vermehrung und Vergrößerung der fixen Gewebselemente im Papillarkörper auf der anderen Seite sind diejenigen Vorgänge, die neben einer völligen Integrität der eigentlichen Wandungen der Hautgefäße das Wesentliche der Typhus- sowohl wie auch der Paratyphusroseole ausmachen.
O. Gans-Heidelberg.

Über intrakutane Kuhpockenimpfung, von Leiner und Kundratitz, Ges. f. inn. Med. u. Kinderhlk. Wien. (W. m. W., Nr. 44, S. 1894—1896.) Die Vortragenden sind auf der Suche nach einer Vakzinationsart, die die Annehmlichkeit des sichtbaren Ablaufs der Reaktion mit Vermeidung der Impfschäden verbindet, auf die intrakutane Impfmethode gekommen. Sie injizierten in Verdünnungen von 1:100 bis 1:10 und auch unverdünnte Lymphe, indem sie die Nadel mindestens 1 cm tief in die Haut vorschoben. Nach Herausziehen der Nadel, Desinfektion der Einstichöffnung in Alkohol und Jodtinktur. 24 Stunden nach der Impfung bildet sich ein kaum linsengroßes Infiltrat, um das sich nach weiteren 24 Stunden ein blaßroter Hof legt, die sogenannte Primärreaktion; sie verschwindet nach 3—4 Tagen. Zwischen 10.—14. Tag beginnt die eigentliche Impfreaktion. Sie stellt sich dar als ein großes Infiltrat von 2—3 cm Durchmesser, das am 4.—5. Reaktionstag zu einer bis 60 mm großen Scheibe anwächst. Keine Pustelbildung. Beim Einstich in das Infiltrat entleert sich eine an Vakzinevirus reiche Flüssigkeit, die weiter verimpft, typische Impfpusteln hervorruft. Bis auf ein kleinpapulöses Impferythem wurden Impfschäden nicht beobachtet. Keine besonderen

Digitized by Google

Temperaturen. Die intrakutane Revakzination zeigte sich binnen 24 Stunden als ein teigig weiches Ödem mit rotem Saum und kleinem zentralen Infiltrat.

K. Glaser-Berlin.

Elektrokollargol in der Behandlung von Blattern (L'argento colloidale elettrico nella cura del vaiuolo), von Ant. Brancia. (Policlinico, 1922, sez. prat. Nr. 4.) Verf. hat 27 Blatternkranke im prodomalen, papulösen und vesikulösen Eruptions- sowie im pustulösen Stadium mittels subkutaner Injektionen von Elektrokollargol behandelt. Während von den Pat. der ersten zwei Stadien kein einziger starb, trat bei 4 Pat. des letztgenannten Stadiums (im präagonalen Zustande behandelt) ausnahmslos Exitus ein.

E. Freund-Triest.

Pockendiagnose durch Überimpfung auf die Kaninchenhornhaut, von W. A. Hoffmann-Habana. (Crónica Medico-Quirúrgica de la Habana.) Nach einem Hinweis darauf, daß die leicht verlaufenden Pockenerkrankungen in Kuba sehr zunehmen und gerade diese Fälle dem Praktiker große diagnostische Schwierigkeiten bereiten können, was wieder bei einer Fehldiagnose eine große Gefahr für die Allgemeinheit bedeutet, beschreibt Verf. das Verfahren von Paul (Überimpfen verdächtigen Materials auf die Kaninchenhornhaut), das ihm in 90—95% der Fälle positive Resultate ergeben hat. Er hat auch feststellen können, daß Varizellen niemals ein positives Resultat ergaben.

F. Weise-Jena.

Vergleich der verschiedenen neurotropen Ultravirus. Neurotrope Ektodermosen (Comparaison entre les divers ultra-virus neurotropes, ectodermoses neurotropes), von C. Levaditi. (Compt. rend. des séances de la Soc. de Biol., Bd. 85, S. 425.) Der Verf. versteht unter den sogenannten neurotropen Ektodermosen die Enzephalitisgruppe, die Lyssa, die Poliomyelitis und die Vakzine. Er vergleicht sie nach ihrem Verhalten zur Haut, Kornea, zum Gehirn und Rückenmark, d. h. den ektodermalen Gebilden. Er kommt in seiner ausführlichen Untersuchung zu dem Resultat, daß der eine Teil mehr zum eigentlichen Ektoderm, der andere mehr zu den nervösen Organen Affinität zeigt. Die Vakzine ist am wenigsten, die Poliomyelitis am stärksten neurotrop. Virus, Lyssa und Enzephalitis stehen in der Mitte. K. Glaser-Berlin.

Die Immunität bei den neurotropen Ektodermosen (L'immunité dans les ectodermoses neurotropes), von Levaditi und Nicolau. (Compt. rend. des séances de l'Acad. des Sciences, Bd. 173, S. 794.) Die Verff. äußern sich in sehr sorgfältigen Untersuchungen über den Gang und Mechanismus der Immunität bei den sogenannten neurotropen Ektodermosen: Herpes und Enzephalitis einerseits, dem Vakzinevirus und der Tollwut andererseits. Einzelheiten sind im Original nachzulesen.

K. Glaser-Berlin.

Die neurotrope Affinität und Reinigung des Kuhpockenvirus (Affinité neurotrope et purification du virus de la vaccine), von C. Levaditi und S. Nicolau. (Compt. rend. des séances de l'Acad. des Sciences, Bd. 173, S. 870.) Den Verff. ist es gelungen, durch zahlreiche, mehr als 50, ausschließlich zerebrale Tierpassagen (Kaninchen) ein absolut reines, zerebrales Kuhpockenvirus fortzuführen, das auf den verschiedensten Nährböden steril wächst und alle Eigenschaften, keratogene wie kutane, zum Teil sogar verstärkt bewahrt. Das rein dargestellte Virus läßt sich in Glyzerin gut aufbewahren, und die Verff. halten vom praktischen Gesichtspunkte aus Impfungen beim Menschen für sehr wohl möglich. K. Glaser-Berlin.

Neurotrope Affinität des Kuhpockenvirus (Affinités neurotropes du virus de la vaccine), von C. Levaditi, P. Harvier und S. Nicolau. (Compt. rend. des séances de la Société de Biol., Bd. 85, S. 345.) K. Glaser-Berlin.

Der ätiologische Gedanke bei der Encephalitis epidemica (Conception étiologigne de l'encéphalite épidémique), von C. Levaditi, P. Harvier und S. Nicolau. (Compt. rend. des séances de la Société de Biol., Bd. 85, S. 813.) Die Verff. besprechen ausführlich die vier verschiedenen Varianten, unter denen das filtrierbare Virus der Enzephalitis auftritt: im Speichel völlig gesunder Individuen, an die Plattenepithel der Mundschleimhaut gebunden, im Speichel gesunder Bakterienträger, im „Herpes" und im Gehirn resp. im Nasenrachenschleim enzephalitisch Kranker. Die Virulenz ist verschieden; sie steigt in der oben erwähnten Reihenfolge. Durch Gehirnpassagen kann die Virulenz einer schwächeren Variante gesteigert werden. K. Glaser-Berlin.

Die Hautaffinität des Enzephalitisvirus (L'affinité cutanée du virus encéphalitique), von C. Levaditi, P. Harvier und S. Nicolau. (Compt. rend. des séances de la Société de Biol., Bd. 85, S. 287.) Die Verff. zeigen experimentell, daß sich das Enzephalitisvirus in die Haut inokulieren läßt und dort eine leichte, lokale, papulo-

Digitized by Google

squamöse Entzündung hervorruft, und daß auf diese Hautimpfung eine zum Tode führende Enzephalitis folgt, die sich wieder serienweise übertragen läßt. Sie glauben, daß das Virus von den Nervenendigungen in der Haut durch die zentripetalen Nerven zentralwärts wandert. K. Glaser-Berlin.

Zum Protokoll: Antwort auf die Bemerkungen von A. Netter im Anschluß an unsere Arbeit vom 25. Juni 1921: „Beweis für die Existenz gesunder Enzephalitisträger" (A propos du procès-verbal: Réponse au réflexions de A. Netter a propos de notre note du 25 juin 1921: „Preuves de l'existence de porteurs sains de virus encéphalitiques), von C. Levaditi, P. Harvier und S. Nicolau. (Compt. rend. des séances de la Société de Biol., B. 85, S. 195.) In 8 Versuchen haben die Verff. die Speicheldrüsen von Kaninchen, die mit Enzephalitis geimpft waren und eingingen, auf Kaninchen weiterverimpft. Die Tiere blieben leben resp. eines starb an interkurrenter Krankheit. Die Versuche sollen der Beweis dafür sein, daß sich das Enzephalitisvirus nicht in den Speicheldrüsen geimpfter Tiere findet, was von Netter behauptet worden war. K. Glaser-Berlin.

Experimentelle Übertragung des Enzephalitisvirus von der Mutter auf den Fötus (Transmission expérimentale du virus de l'encéphalitique de la mère au foetus), von C. Levaditi, P. Harvier und S. Nicolau. (Compt. rend. des séances de la Société de Biol., Bd. 84, S. 957.) Eine trächtige Kaninchenhäsin wird in die vordere Augenkammer geimpft und geht nach 11 Tagen an typischer Enzephalitis ein. Bei der Sektion findet man 9 Föten. Die Verff. verimpften nun neben Gehirn, Milchdrüse und Plazenta des Muttertieres von dem einen Fötus Gehirn und Leber zerebral auf Kaninchen weiter, die, auch in folgenden Passagen, an typischer Enzephalitis starben, bis auf das mit Leber geimpfte. Histologisch zeigten die Organe des Fötus wie auch der Plazenta keine besonderen Veränderungen. K. Glaser-Berlin.

Leberbefunde bei fleckfieberkranken Meerschweinchen. Ein Beitrag zur Pathogenese des Fleckfiebers, von M. H. Kuczynski-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 1, S. 8.) Im Verlaufe seiner Fleckfieberuntersuchungen fand Verf., daß sich in der Leber des experimentell infizierten Meerschweinchens die gleichen Veränderungen abspielen wie beim Menschen. Er konstatierte ein Ergriffensein des ganzen endothelialen Apparates. Von den erkrankten Endothelien — die histologische Schilderung ist im Original nachzulesen — wird häufig ein Teil abgestoßen und findet sich als „Ausschwemmungsbilder" in den Zentralgefäßen. In diesen Zellen ist das Virus oft besonders deutlich feststellbar, das in den Endothelzellen in Form von im Giemsaschnitt violett gefärbten Kugeln erscheint, die ein „massenhaftes Geläge von Virus" darstellen. Es läßt sich histologisch der Nachweis erbringen, daß viele der Endothelzellen ihren virushaltigen Inhalt gerade entleeren oder entleert haben, wodurch formal eine große Ähnlichkeit mit den Parasiten des Läusedarms festgestellt ist. Das Endothel ist „Wiege und Grab" der Fleckfieberinfektion des Körpers. Bei Mensch und Meerschweinchen kann man des weiteren die Fieberart mit einer Ausschüttung des Zellmaterials in den Kreislauf in Zusammenhang bringen. E. Langer-Berlin.

Die Kultur des Fleckfiebervirus außerhalb des Körpers, von M. H. Kuczynski-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 51, S. 1489.) Für kurzes Referat nicht geeignet. E. Langer-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Prof. A. Ruete, Leiter der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Medizinischen Klinik in Marburg a. L., ist zum Ordinarius ernannt worden. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. Mai 1922 | Nr. 20 | Band 74

Aus dem pharmakognostischen Institut der Universität Wien (Prof. Dr. R. Wasicicky).

Beiträge zur experimentellen Pharmakologie des männlichen Genitales.

III. Mitteilung. Über die adstringierende Wirkung der in der Gonorrhoetherapie verwendeten Silberpräparate auf die Schleimhaut der Harnröhre. Ein Beitrag zur biologischen Prüfung der Silber-Adstringentien.

Von

Priv.-Doz. Dr. Alfred Perutz und Dr. Erwin Taigner.

Eine chemische Definition der Adstringentien zu geben, ist zur Zeit nicht möglich. Einzig ihr biologisches Verhalten liegt ihrer Zusammenfassung in eine gemeinsame Gruppe zugrunde.

Man versteht unter Adstringentien Stoffe, welche mit albuminoiden Bestandteilen von Zellen unlösliche Verbindungen bilden. Das sichtbare Zeichen dieser Wirkung besteht darin, daß sie auf Wundflächen oder Schleimhäuten ein Häutchen bilden, wodurch die Zelloberfläche verdichtet wird und die Rolle einer Schutzdecke gegenüber Reizen übernimmt. Hand in Hand mit dieser Wirkung geht eine Abschließung der Drüsen vor sich, wobei die Drüsenzellen selbst verändert und sekretionsunfähig werden (Schütz, Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1890). Gleichzeitig findet eine Veränderung der Gefäße im Sinne einer Kontraktion statt, wodurch der entgegengesetzte Zustand der Entzündung, Abnahme der Schwellung und Blässe, hervorgerufen wird.

Es ist klar, daß die Häutchenbildung, das ist Bildung einer Niederschlagsmembran durch Koagulation, nicht nur Zellen und Zellkomplexe der Haut und Schleimhaut, sondern auch die in ihr eingelagerten Mikroorganismen betrifft. Für den speziellen Fall der Behandlung einer gonorrhoisch entzündeten Schleimhaut sind noch andere Wirkungen erwünscht. Es genügt in diesen Fällen nicht, wenn die Entzündung an der Oberfläche kupiert wird, die Drüsenausführungsgänge verstopft und die ganzen oberflächlichen Schleimhautepithelien zerstört werden. Im Gegenteil. Wenn nur diese Wirkung eintritt, würden die Gonokokken unter eine sie schützende Decke gebracht werden, die ihr ungehindertes Wachstum in die Tiefe geradezu fördern würde. Andererseits würde bei Verstopfung des Drüsenausführungsganges eine Sekretstauung in der Drüse selbst erfolgen und Anlaß zur Bildung periurethraler Abszesse und Pseudoabszesse geben.

Digitized by Google

Von dieser Erwägung ausgehend war das Bestreben der präparativen Chemie darauf gerichtet, Substanzen vom Typus des Silbernitrates herzustellen, die einerseits die Silberkomponente, die als Spezifikum gegen Gonorrhoe gilt, enthalten, andererseits die adstringierende Wirkung des Silbernitrates in einer geschwächten Form aufweisen. Das angestrebte Ziel war, entzündungshemmende Präparate möglichst tief in das Gewebe eindringen zu lassen. Das Resultat dieser Bestrebungen war die Darstellung einer größeren Anzahl von organischen Silberpräparaten, denen die erstrebten Eigenschaften mehr oder minder zukommen.

Eine exakte Prüfungsmethode für die zahlreichen in Betracht kommenden Präparate war bisher nicht bekannt. Man war also lediglich auf die klinische Erfahrung angewiesen, bei der naturgemäß eine ganze Reihe von Momenten subjektiver Natur mitspielte, so daß eine rein objektive Beurteilung dieser Präparate nicht gegeben werden konnte.

Zweck unserer Arbeit war es, Methoden heranzuziehen, mit denen wir sowohl die adstringierende, als auch die Tiefenwirkung möglichst objektiv feststellen können, wobei wir als Voraussetzung angenommen haben, daß Silbersalze die spezifische Wirkung gegen Gonokokken haben.

Von den bisher bekannten Methoden der Feststellung der adstringierenden Wirkung von Silberpräparaten erschien uns die Methode von Dresser (Arch. internat. de Pharm. et de Ther., 1908) zu umständlich und zu vielen Fehlermöglichkeiten ausgesetzt. Die adstringierende Wirkung mißt Dresser an der Dehnbarkeit der isolierten Froschlunge, wobei die Messung, die an einem Luftmanometer erfolgt, sowie die verschiedenen, schwer zu kontrollierenden Feuchtigkeitsgrade der Lunge Ursache zahlreicher Fehlerquellen sind. Die Tiefenwirkung der Silberpräparate mißt Dresser an der durchsichtigen Schwanzflosse kleiner Fische, indem er mikroskopisch feststellt, wie weit der Kapillarkreislauf durch Herbeiführung von Gerinnung unwegsam wird. Wie gesagt, erscheinen uns beide Methoden, mit denen Dresser von den bekannten Silberpräparaten vorzüglich das Sophol untersucht hat, im Verhältnis zu der Exaktheit der dabei gewonnenen Resultate zu umständlich. Dagegen haben wir mit der Methode von Kobert (Berichte d. deutsch. pharm. Gesellsch., 1914, Bd. 24), was die adstringierende Wirkung anlangt, auf einfache Weise Resultate erhalten, die, wenn man die von Wasicky (Pharm. Post, 1917) vorgeschlagene Versuchsanordnung benutzt, ausgezeichnete Vergleichswerte auf die untersuchten Präparate liefert.

Kobert fand nämlich bei der Untersuchung von Gerbstoffen, daß sich die Wirkung des Adstringens darin äußert, daß eine Aufschwemmung von roten Blutkörperchen infolge Zusammenziehung der supponierten Blutkörperchenmembran agglutiniert wird. Wir haben nun diese Methode für die Untersuchung der adstringierenden Wirkung der Silberpräparate herangezogen. Wir arbeiteten nach folgendem Verfahren: Zu je 5 ccm isotoner (4%) Traubenzuckerlösung setzten wir eine bestimmte Anzahl Tropfen der zu untersuchenden Silberlösung zu und versetzten die Eprouvette mit 5 Tropfen aufgeschwemmter roter Blutkörperchen. Wir verwendeten Blutkörperchen vom Hammel, vom Pferde und von der menschlichen Plazenta und fanden starke Differenzen in der Empfindlichkeit des Blutes als solchem, aber auch innerhalb derselben Blutart. Nur bei Ver-

Digitized by Google

wendung eines von Wasicky vorgeschlagenen Standardpräparates von bekannter adstringierender Wirkung konnten wir einen Maßstab für den Vergleichswert gewinnen. Als Eintritt der Agglutination wählten wir jenen Zeitpunkt, bei welchem mit dem bloßen Auge ein deutliches Zusammenballen der roten Blutkörperchen wahrzunehmen ist („Augengrenze" nach Kobert). Bei jedem Versuche verwendeten wir eine zweifache Kontrolle. Erstens eine Kontrolle mit isotoner Traubenzuckerlösung, der lediglich 5 ccm Blutkörperchen-Aufschwemmung zugesetzt wurde, und zweitens eine Lösung von Zinksulfat, als vergleichende Standardlösung.

Die von uns untersuchten Silberpräparate, die in Wien zur Zeit erhältlich sind, waren: Silbernitrat, Protargol, Choleval, Hegonon, Argonin, Syrgol, Albargin, Argentamin. Das Ichthargan, das von Interesse gewesen wäre, war leider nicht zu beschaffen. Der Eintritt der Agglutination erfolgte in bestimmten Zeitintervallen, auffällig war aber ein Umstand, den wir bei jedem Versuche feststellen konnten. Bei einigen Präparaten zeigte sich teils nach erfolgter Agglutination, teils ohne daß eine solche stattgefunden hätte, eine Hämolyse. Diese Erscheinung fiel uns zuerst beim Protargol auf und wir nahmen zunächst an, daß sie auf die im Protargol enthaltene Lysalbinsäure zurückzuführen wäre. Bei späteren Versuchen konnten wir aber feststellen, daß auch bei fast allen anderen Präparaten eine hämolytische Wirkung nachzuweisen war und daß dies lediglich eine Folge der Konzentration und Einwirkungsdauer des betreffenden Präparates war.

Im nachfolgenden geben wir eine tabellarische Zusammenfassung eines Versuchsergebnisses (Tabelle I) an. Die Konzentration, in denen wir die Lösungen zur Anwendung brachten, war 0,1—0,0001%. Unterschiede in der Konzentration bis zum Doppelten und Dreifachen zeigten keine merklichen Veränderungen in ihrer Wirkung und es genügte für unsere Zwecke immer die jeweilige zehnfache Konzentration der Lösungen miteinander zu vergleichen. Die geringste Konzentration einer Substanz, die noch zur Wirkung kommt, bezeichnen wir, wie üblich, als Schwellenwert und konnten für diesen bei verschiedenen Präparaten verschiedene Werte feststellen. So ist der Schwellenwert des Cholevals zwischen 0,01 und 0,1 gelegen, während der des Syrgols unter 0,0001, der des Argonins zwischen 0,0001 und 0,001 liegt.

Eine zweite Grenze der Agglutinierfähigkeit war bei den meisten Präparaten bei starker Konzentration (0,1—0,01%) gegeben, wo zwar auch keine Agglutination mehr, wohl aber Hämolyse festzustellen war. Nur beim Protargol und beim Silbernitrat konnten wir bei starker Konzentration zunächst Agglutination feststellen, die im Verlaufe der Beobachtung zur Hämolyse überging.

Beide Erscheinungen, sowohl Agglutination als auch Hämolyse sind Funktionen von Einwirkungsdauer und Konzentration. Es drängt sich bei diesen Versuchen unwillkürlich die Vermutung auf, daß die hämolytische Wirkung einiger Präparate in einer gewissen Relation zu ihrer klinischerseits festgestellten Tiefenwirkung steht. Denn die Hämolyse ist ein Vorgang, durch den die supponierte Membrane der roten Blutkörperchen zersprengt wird, also die Folge eines, das Blut-

Digitized by Google

körperchen auf jeden Fall von Grund aus schädigenden Vorganges ist. Während also die Agglutination einen oberflächlichen Eingriff darstellt, können wir die Hämolyse als einen Vorgang auffassen, der eine tiefgreifende Veränderung in der Biologie der Zelle hervorruft, der also einen Maßstab für die Tiefenwirkung eines Präparates geben könnte. In ähnlicher Weise müssen wir uns auch den Vorgang der Tiefenwirkung bei der Schleimhaut vorstellen. Im allgemeinen können wir sagen, daß uns ein Präparat um so mehr eine Tiefenwirkung zu bedingen scheint, wenn es möglichst spät und erst in möglichst starker Konzentration zur Agglutination führt und andererseits, wenn die Hämolyse möglichst früh und in möglichst geringer Konzentration des angewendeten Präparates eintritt. Bei der Betrachtung der relativen Wirkungswerte, wie wir sie in unserer Tabelle mitgeteilt haben, ergeben sich, was die Konzentration anlangt, folgende Werte: Bei einer Verdünnung von 0,0001% waren Protargol, Hegonon, Syrgol, Argentamin und Argentum nitricum noch imstande, zu agglutinieren. Bei einer Konzentration von 0,001% Argonin und Albargin, während Choleval erst bei 0,1% die Blutkörperchen zur Agglutination brachte.

Hämolyse erfolgte bei Konzentration 0,01% bei Argentamin, Silbernitrat und Protargol, bei 0,1% bei Argonin, Hegonon und Syrgol.

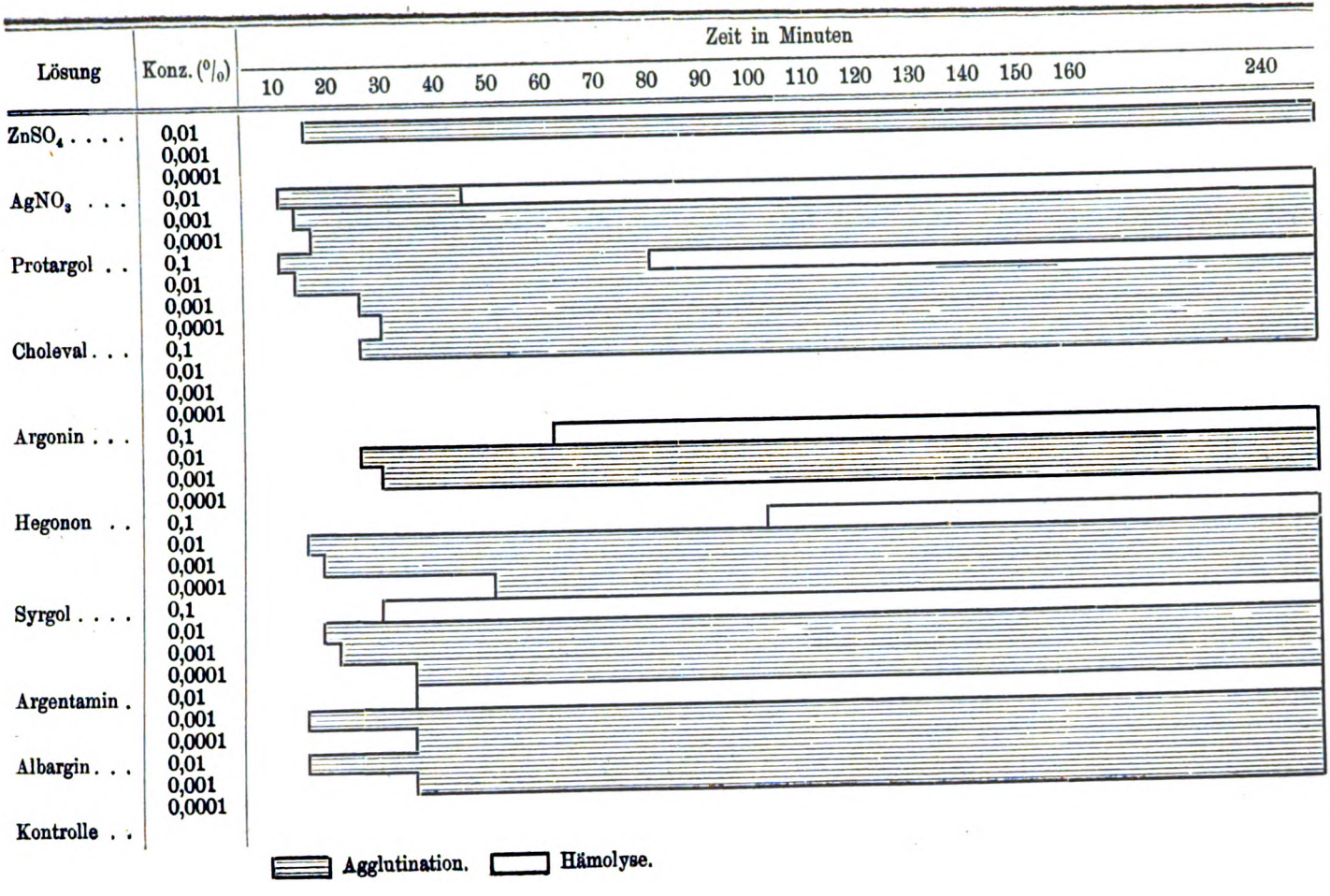
Was die Einwirkungsdauer anlangt, so tritt Agglutination bei unseren Versuchen in der Zeit von 10—50 Minuten ein. Die Hämolyse frühestens bei 30 Minuten.

Welcher der beiden Faktoren, Hämolyse und Agglutination, ist für die Beurteilung der Silberadstringentien maßgebender? Die Agglutination bewirkt durch die oben besprochene Häutchenbildung, daß die spezielle Wirkung des Silbers nicht an in der Tiefe sich befindlichen Mikroorganismen überhaupt zur Geltung kommt, während die Hämolyse uns einen Gradmesser für die Diffusionsmöglichkeit des Präparates in die Tiefe des Gewebes anzugeben scheint. Daß wir uns aber das durch Silber gebildete Häutchen nicht in allen Fällen als undurchlässige Membrane vorstellen dürfen, beweisen die Erscheinungen bei Protargol und Silbernitrat, bei denen zunächst Agglutination, hierauf Lyse eintritt. Je rascher also ein Präparat einzudringen vermag, mit anderen Worten, je später die Agglutination eintritt, desto günstiger ist seine Wirkung, besonders dann, wenn nach längerer Einwirkung eine Veränderung der roten Blutkörperchen im Sinne einer Lyse auftritt. An einem sehr empfindlichen Blute (Tabelle II) haben wir nach 24 Stunden diese Erscheinungen beobachtet und gefunden, daß mit Ausnahme von Zinksulfat und Albargin in den in der Tabelle angegebenen Konzentrationen jedes Präparat schließlich eine mehr oder minder lytische Wirkung aufweist.

Für die praktische Beurteilung müssen folgende Umstände in Betracht gezogen werden: Bei der Gonorrhoebehandlung verwenden wir höher konzentrierte Präparate, als wir in unseren Versuchen mitgeteilt haben, z. B. Argentamin 0,02%, Protargol oder Choleval 0,5—1%, Konzentrationen, bei denen wir nach unseren Versuchen zu schließen, beim Beginn der Einwirkung keine agglutinierende, sondern eher membranzerstörende

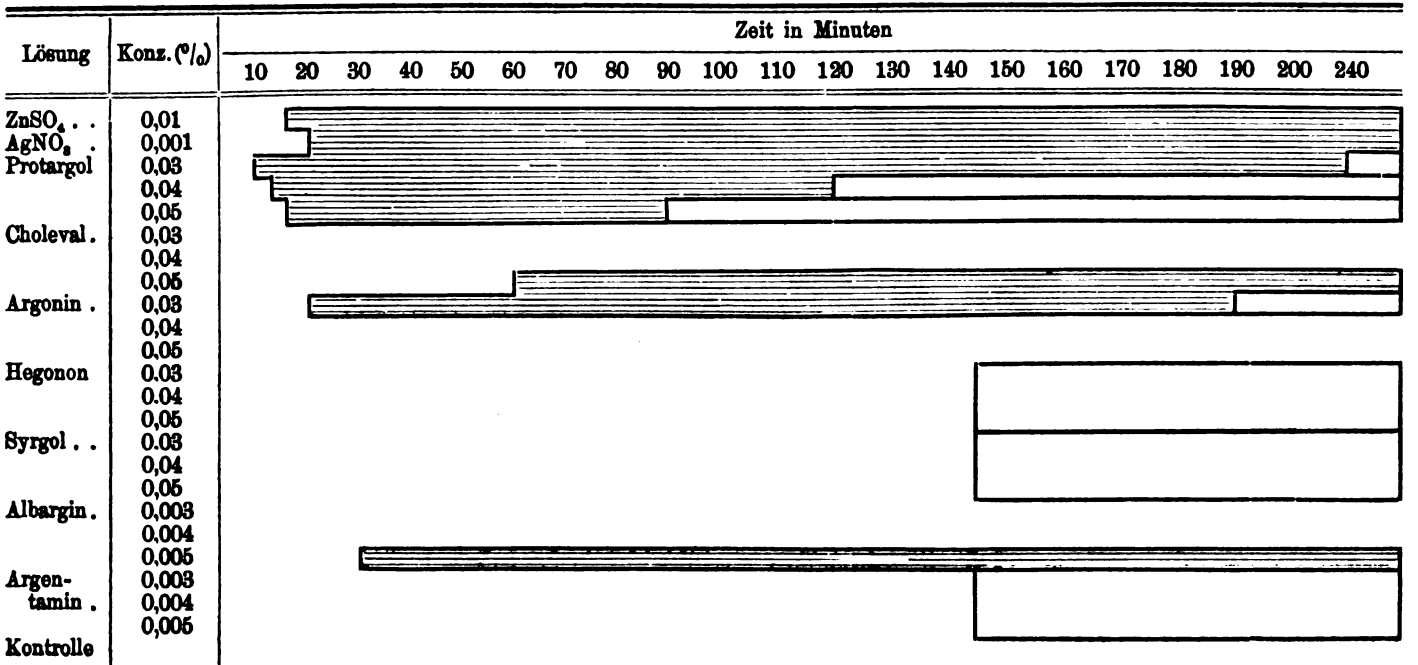
Digitized by Google

Tabelle I.



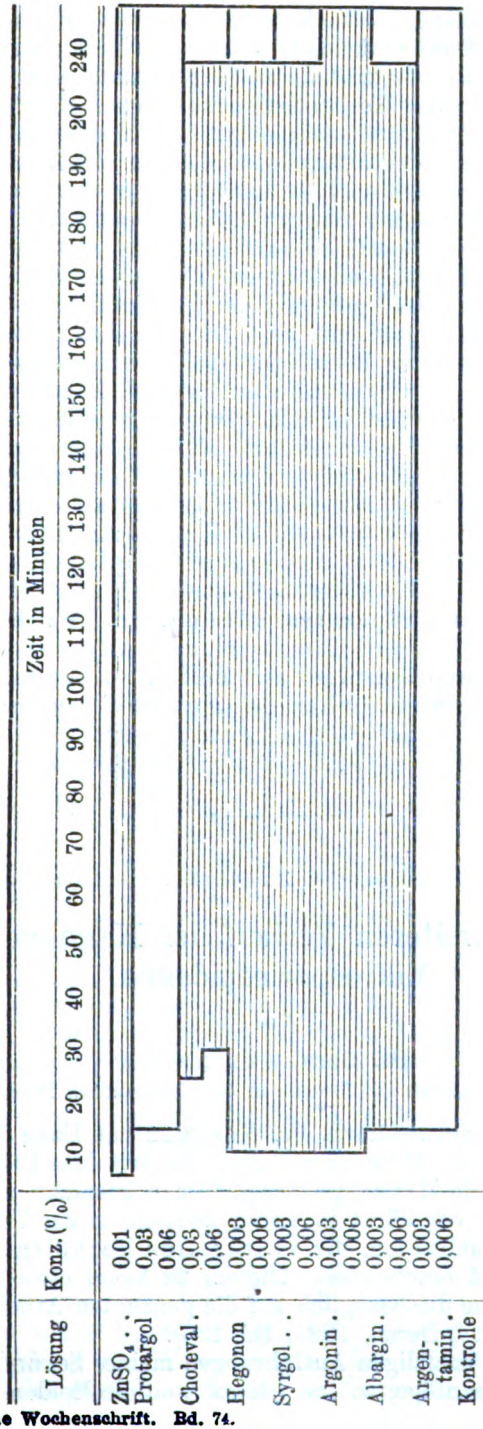
Digitized by Google

Tabelle II.



Digitized by Google

Tabelle III.



Digitized by Google

Wirkung erzielen. Wie groß die Konzentration eines Präparates ist, wenn es überhaupt zur Wirkung kommt, wissen wir nicht, da durch Sekrete und Exkrete eine nicht festzustellende Verdünnung eintritt, andererseits sind aber der Stärke der Konzentration nach oben durch die Empfindlichkeit der Schleimhaut Grenzen gesetzt. Aus den Versuchen am Blute lassen sich naturgemäß der Schwellenwert jedes einzelnen Präparates in puncto Agglutination und Hämolyse feststellen. So konnten wir beispielsweise am Protargol das zur Genüge bekannte pharmakologische Gesetz feststellen, daß eine zehnmal so starke Lösung nicht den zehnfachen Effekt der 1 %igen hat. Da aber unsere Versuche nur relative Werte ergeben und wir über das Verhältnis der Empfindlichkeit zwischen Blutkörperchen und Mikroorganismen kein Maß angeben können, so können diese am Blut festgestellten Versuchsergebnisse nur ein Vergleichswert für die Dynamik der Präparate, nicht aber einen absoluten Gradmesser ergeben (siehe Tabelle III). Immerhin geht aus unseren Versuchen folgendes hervor: Verschiedene Silberadstringentien wirken verschieden stark agglutinierend und hämolysierend, und da wir keinen Grund zur Annahme haben, daß diese Mittel bei verschiedenen Zellen ein vollständig disparates Verhalten an den Tag legen, erscheint es uns jedenfalls plausibel, da wir bisher keine andere brauchbare Methode zur Feststellung des Wirkungswertes eines Präparates kennen, in den beiden Funktionen, Agglutination und Hämolyse, eine allgemein biologische Funktion des Silberpräparates auf Zellen zu sehen. Vorzüglich geeignet zur Schleimhautbehandlung erscheinen uns jene Mittel, die bei möglichst schwachem Agglutinierungsvermögen eine möglichst starke Hämolyse zu entfalten imstande sind.

Aus dem Dermatologischen Stadtkrankenhaus II Hannover.

Über den weiteren Verlauf der Hannoverschen Mikrosporieepidemie.

Von

Dr. Gustav Stümpke,

Direktor der Anstalt und Dozent an der tierärztlichen Hochschule.

Mein früherer Sekundärarzt Dr. Klehmet hat Ende 1919 und Anfang 1921 ausführliche Mitteilungen über die seit Mai 1919 von uns in Hannover beobachtete Mikrosporieepidemie gemacht, und außer dem klinischen Bilde, vor allem in seiner zweiten, in der Unna-Festschrift herausgebrachten Publikation, die kulturellen Verhältnisse des Pilzerregers eingehend beschrieben. Diesem ist kaum etwas Neues hinzuzufügen, ich verweise diesbezüglich auf die genannten Arbeiten (D. m. W., 1919, Nr. 43; Arch. f. Derm., 1921, Bd. 130).

Wenn ich den damaligen Ausführungen meines Sekundärarztes einen kurzen Nachtrag hinzufüge, so tue ich es, weil die Epidemie nicht, wie

Digitized by Google

wir damals annahmen, im Laufe des Jahres 1920 zum Erlöschen gekommen — siehe Anfangsteil der zweiten Klehmetschen Arbeit —, sondern uns durch Wiederaufflackern in verschiedenen Krankenanstalten auch in der Folgezeit erneut beschäftigte. Erst jetzt — März 1922 — ist unsere Mikrosporiestation geschlossen, auch sonst in Hannover auf Grund unserer Nachforschungen kein infektiöses Material mehr vorhanden, so daß es nunmehr möglich ist, auch über das epidemiologische Verhalten der Hannoverschen Mikrosporie sich einigermaßen abschließend zu äußern. Gerade dieser Gesichtspunkt konnte naturgemäß in den beiden früheren Arbeiten noch nicht erschöpfend dargestellt werden, während alle anderen Seiten der Frage, wie bereits erwähnt, durchaus zu ihrem Rechte kamen.

Im ganzen wurden in der Zeit von Mai 1919 bis März 1922 **190** Kinder wegen Mikrosporie im Stadtkrankenhaus II in Hannover beobachtet resp. behandelt (letzte Zahl Klehmets: **74**); davon waren **148** Knaben und **42** Mädchen. Auch hier wieder zeigt sich das starke Überwiegen der männlichen Jugend, wenn auch nicht prozentual so stark, wie das in der Klehmetschen Publikation zum Ausdruck kam: **36 : 5**.

Von den 190 im Laufe der 3 Jahre bei uns beobachteten Kindern standen im:

1.— 3.	Lebensjahr	44
4.— 6.	„	93
7.— 9.	„	41
10.—14.	„	12

Die Mikrosporieepidemie betraf also, genau wie das auch aus der letzten Publikation hervorging, hauptsächlich das **4.—6. (7.)** Lebensjahr.

Was die Dauer der Krankheit bei den einzelnen Kindern angeht, so hat sich das Bild gegenüber der letzten Publikation von Klehmet etwas verschoben. Damals wurde hervorgehoben, daß von **41** Fällen

6 im Laufe von etwa 8 Monaten dreimal geröntgt werden mußten,
21 zweimal und
14 nur einmal geröntgt zu werden brauchten.

Im Gegensatz dazu zeigt der Schlußüberblick, daß von den im ganzen **190** Kindern die große Mehrzahl von **146** Kindern mit einer einmaligen Röntgenbestrahlung im Laufe der ersten 3 Monate das Krankenhaus verlassen konnte. Nur die nicht sehr erhebliche Minderzahl von 44 Kindern erforderte eine mehr als 3 Monate lange Hospitalbehandlung. Dieselbe dauerte:

bei	20	Kindern	4 Monate
„	5	„	5 „
„	7	„	6—7 „
„	5	„	8 „
„	4	„	9—10 „
„	2	„	11 „
„	1	Kind	12 „

Diese wesentlich besseren und schneller erreichten Resultate in der Behandlung der Mikrosporie in den letzten Jahren führen wir auf die Tatsache zurück, daß wir im Gegensatz zu früher fast aus-

Digitized by Google

schließlich die Epilationen mittels Röntgenstrahlen erzielten und jede Vorbehandlung mit Salben vermieden: Wir hatten schon früher gelegentlich den Eindruck gewonnen, daß in die Haarfollikel eingeriebene Salbenteile die Röntgenwirkung abschwächten, und auf diese Weise Versager resp. Rezidive zustande kamen. Es war mithin bei uns in den letzten Jahren das Röntgenverfahren die Methode der Wahl, nur als Nachbehandlung oder bei Komplikationen (Follikulitiden, Ekzeme) wurden auch andere Verfahren herangezogen. Voraussetzung für schnelle und radikale Erfolge in der Mikrosporiebehandlung ist natürlich die absolute Beherrschung der Röntgentherapie, die exakte Applikation der Epilationsdosis. Ist das aus irgend einem Grunde nicht möglich, so wird man dann auch auf andere Methoden zurückgreifen müssen, die aber, ich betone das nochmals, mit der Verwendung der Röntgenstrahlen nicht zu konkurrieren vermögen. Auf alle Fälle wird man sagen dürfen, daß, wenn man bei der großen Mehrzahl der Mikrosporiefälle mit einer etwa dreimonatigen Behandlung zum Ziele kommt, ein derartiges Resultat durchaus günstig und erfreulich ist, in Anbetracht der Tatsache, daß sonst der Verlauf einer Mikrosporieepidemie ein außerordentlich hartnäckiger, vielfach auf Jahre sich erstreckender ist.

Zu dem klinischen Bilde der Mikrosporie in den letzten 2 Jahren ist ergänzend hinzuzufügen, daß die eigentlichen Mikrosporieherde kaum eine Änderung in ihrem Aussehen zeigten. Wohl aber haben wir in dieser Zeit wesentlich weniger Mischinfektionen, z. B. mit Impetigo contagiosa, wie sie Klehmet beschrieben, oder sonstige Nebenbefunde, wie reichliche Komedonenbildung oder das Auftreten von Mollusca contagiosa, gesehen. Es ist möglich, daß die etwas besseren allgemeinen hygienischen Verhältnisse im Vergleich zur Zeit vor 3 Jahren (sekundäre Infektionen), andererseits die zweifellos besseren Salbengrundlagen (Komedonen) hierfür verantwortlich zu machen sind.

Wichtig ist, daß auch Herde auf der unbehaarten Haut, die Klehmet noch bei 16 Kindern, also in einer recht großen Zahl, feststellen konnte, in den folgenden 2 Jahren bei weitem nicht so häufig beobachtet wurden. Dagegen sahen wir in der Folgezeit mehrere Kerion-Celsi-Bildungen, die Klehmet bekanntlich bei seinen ersten 41 Fällen noch nicht zu sehen bekam: Die Reaktion auf Röntgenstrahlen war in diesen Fällen eine prompte. Alles in allem also keine sehr weitgehende Veränderung des klinischen Bildes.

Bedeutungsvoll für das Wesen der Mikrosporie sind die Zahlen, die den Ort ihrer Entstehung mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erkennen lassen. Von den **190** mikrosporiekranken Kindern der Jahre **1919** bis **1922** wurden eingeliefert:

65 Kinder aus einem hiesigen Waisenhaus,
30 aus einem auswärtigen Erziehungsheim in der Nähe Hannovers,
28 aus einem Erziehungshaus des westlichen Teiles der Provinz Hannover,
4 aus einem Kinderheim der gleichen Gegend,
14 aus einem Kinderheim der Stadt Hannover,
12 aus einer Krippe eines größeren Fabrikunternehmens der Stadt Hannover,

Digitized by Google

26 aus einem Krüppelheim,
1 Kind aus einem Krankenhaus der Stadt Hannover,
12 Kinder aus Privathäusern der Stadt Hannover,
3 fraglich.

Diese Statistik zeigt einmal die bedeutsame Rolle eines hiesigen Waisenhauses, das uns im ersten Jahre (1919) fast ausschließlich mikrosporiekranke Patienten zuwies; in den folgenden Jahren ließen die Einweisungen aus diesem Institut nach, es traten aber immer wieder sporadisch dort Fälle auf, bis in die letzte Zeit hinein. Langsam erfolgten dann die Einlieferungen auch aus anderen hiesigen Anstalten und von außerhalb her, und zwar nicht nur aus der näheren Umgebung von Hannover, sondern auch aus entfernteren Gegenden, so aus dem Osnabrückschen, so daß man annehmen darf, daß die Mikrosporieepidemie auch in der Provinz Hannover einen weiteren Umfang angenommen hatte, als es zunächst schien.

Von großer Wichtigkeit ist das überwiegende Befallensein geschlossener Anstalten, unter denen allerdings die großen allgemeinen Krankenhäuser fast ganz zurücktreten (siehe vorige Statistik), das Fehlen der Mikrosporie in der allgemeinen Praxis, das auch von den hiesigen Fachärzten durchweg bestätigt wird. Man wird daraus den Schluß ziehen dürfen, daß offenbar doch besondere Bedingungen erfüllt sein müssen, bis eine Infektion mit Mikrosporie erfolgen kann: enges Zusammenleben in hygienisch nicht ganz einwandfreien Räumen, lange Dauer eines solchen Aufenthaltes; selbst Schulinfektionen sind uns jedenfalls in größerem Umfange nicht zur Kenntnis gelangt. Dann allerdings, d. h. bei Vorhandensein dieser Bedingungen, scheinen die Infektionen doch verhältnismäßig leicht, vielfach geradezu explosionsartig, einzutreten; darauf hin deuten die relativ hohen Einweisungsziffern der betreffenden Anstalten: 65, 30, 26, 23, 14.

Von Belang ist die Tatsache, daß bei mehreren späteren Einweisungen der Nachweis erbracht werden konnte, daß die betreffenden Kinder vordem in dem oben genannten Waisenhaus untergebracht waren, so daß wir in letzterem doch wahrscheinlich den ersten größeren Herd für Hannover zu erblicken haben. Darüber hinaus indes konnten wir nichts Weiteres eruieren, zumal die Anamnesen ja auch immer mit großer Vorsicht aufzunehmen sind.

Jetzt ist die Hannoversche Mikrosporieepidemie zum Erlöschen gekommen; ob sie es bleibt, wird die Zukunft lehren. Es ist durchaus mit der Möglichkeit zu rechnen, daß hier und da sporadisch wieder Fälle auftauchen, zumal in anderen Teilen Deutschlands — Berlin, Hamburg, Rheinland — offenbar Mikrosporieherde weiterbestehen. Im allgemeinen darf man mit dem relativ schnellen Erlöschen dieser sonst eminent chronischen Krankheit in Hannover zufrieden sein; wir glauben, daß als wichtige Vorbedingung für die Ausheilung dieser Infektion und Verhinderung ihrer Weiterverbreitung die rechtzeitige Entfernung der erkrankten Kinder aus ihrer Umgebung und die Behandlung in einem geeigneten Krankenhausbetriebe (Fachkrankenhaus), wie es in Hannover durchgeführt wurde, betrachtet werden müssen.

Digitized by Google

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. März 1922.

Vorsitzender: Nobl. Schriftführer: Kumer.

Poláček (Ambulatorium Sachs): **Lichen planus** bei 24jähr. Patienten an Kreuzbeingegend, Penis und Skrotum kreis- und girlandenförmig mit zentraler Pigmentierung seit 3 Jahren.

Sachs: **Urticaria chronica cum pigmentatione.** 22jähr. Patientin mit lichenoidem Exanthem an Stamm und Innenfläche der Extremitäten. Farbe lichtgelb bis gelbbraun. Gesicht, Hände und Füße frei. Mäßiger Juckreiz, deutlicher Dermographismus. Bei leichtem Reiben Elevation und hellrote Farbe, so daß die Pigmentierung scheinbar verschwindet. Blutuntersuchung ergab erst Lymphozytose, das zweite Mal Leukozytose und das dritte Mal normales Blutbild. Histologisch ein an die Blutgefäße eng anschließendes Zellinfiltrat in Form von Strängen, bestehend aus gewucherten Bindegewebszellen, mononukleären Lymphozyten und spärlichen Plasma- und Mastzellen. Im subpapillären Teil sind die Bindegewebsbündel durch Ödem auseinandergedrängt und zeigen außerdem Zellen mit gelapptem Kern (sog. Riederformen) und Zellen mit mehreren aneinandergereihten Kernen. Die elastischen Fasern durch das Zellinfiltrat zum Teil verdrängt, zum Teil zugrunde gegangen.

Krüger (Abteilung Oppenheim): 1. **Erythema toxicum neben Scabies pustulosa und Impetigo corporis.** 5jähr. Patientin mit toxischem Erythem im Gesicht, an den Streckseiten der Extremitäten und am Rücken, bestehend aus bis hellerstückgroßen, zum Teil leicht erhabenen Effloreszenzen, die auf Druck verschwinden. Schleimhaut frei; keine Konjunktivitis; Morbilli auszuschließen.

2. **Lupus papillaris hypertrophicus.** An der linken Hohlhand des 60jähr. Pat. ein kronenstückgroßer Substanzverlust mit leicht aufgeworfenen Rändern und unebener Basis, derb wie ein Epitheliom; histologisch Lupus papillaris.

Unterkircher (Abteilung Kren): 1. **Phlebitis luetica.** 29jähr. Frau mit sekundärer Lues seit 3 Monaten, gleichzeitig zahlreiche phlebitische Knoten an den Unterschenkeln.

2. **Lues II mit Tophi, Arthritis, Osteoperiostitis und Tendovaginitis.** 22jähr. Frau mit sekundärer Lues, multiplen Tophi und Arthritiden, Osteoperiostitis am rechten Karpalknochen IV und darüber ein Hygrom, das eine Tendovaginitis simplex luet. vermuten läßt, ähnlich wie im Falle von Zeissl.

Kren: 1. **Papulonekrotische Tuberkulide, Erythema induratum und Livedo racemosa tuberculosa.** 19jähr. blühendes Mädchen mit Apicitis obsoleta. Auffallend ist die große Allergie, eine Ponndorf- und eine Pirquet-Reaktion haben zu hellergroßer Nekrose, eine Subkutanreaktion mit 0,0005 A.T.K. zu einem derben Infiltrat geführt; keine Herdreaktion.

2. **Lichen planus.** 8jähr. Knabe mit typischen Effloreszenzen bloß an den unteren Extremitäten.

3. **Acne vulgaris mit eigenartigen toxischen Erythemen.** 38jähr. Mann mit unklarer Nervenaffektion, die in motorischer Schwäche besteht mit folgender Atrophie. Seit einem halben Jahre um die Akneeffloreszenzen aus diesen entstehende, peripher progrediente, münzengroße Erytheme, die sich nur ganz langsam entwickeln. Sie erinnern an Antipyrin- oder Joderytheme, doch ist im Urin nichts nachweisbar und entstehen sie ohne irgend eine Medikation immer von neuem. Pat. reagiert auf Pirquet und Ponndorf positiv. Subkutanreaktion am rechten Vorderarm positiv, aber ohne Herdreaktion. Erst als gelegentlich einer Massage die Stelle der subkutanen Injektion mitmassiert wurde, entstand Herdreaktion und Wachsen der Erytheme. Histologisch im Zentrum des Erythems ein Talgdrüsenabszeß, also entsprechend dem peripheren Erythem ein perivaskuläres Infiltrat ohne tuberkuliden Bau.

Kren konstatiert, daß keine Acne conglobata, sondern Acne vulgaris vorliegt und hält die Annahme eines tuberkulösen Erythems für zu wenig gestützt. Sollte dies richtig sein, müßte man bei der Verbreitung von Tuberkulose und Akne einem solchen Bilde häufiger begegnen.

Oppenheim: Acne conglobata läßt sich nicht scharf von der Acne vulgaris trennen.

Digitized by Google

Rusch: **Serpiginöses tubero-squamöses Syphilid.** 61jähr. Mann mit Herden in girlandenförmiger Anordnung und 30jähr. Dauer. Zentrale Partien vitiligoartig infolge des spontan geheilten Syphilides.

Ehrmann: **Livedo racemosa bei Lues.** WR +, ein Abortus; am Stamm und unteren Extremitäten abgerissene verzweigte Zeichnungen mit stärker eleviertem hyperämischem Hauptast, spitz zulaufenden schwächeren Nebenästen. In Schnitten von früheren Fällen im subkutanen Gewebe nicht zur Reife gediehene Veränderungen mit Endophlebitiden wie bei Erythema induratum.

Ehrmann: **Pityriasis lichenoides.** 11jähr. Mädchen mit typischen Erscheinungen, daneben Leukoderm an Hals und Rücken. Eine nicht leukodermatische Hautstelle wurde mit Quarzlicht bestrahlt, die Hyperämie hat die Effloreszenzen verschont. E. erklärt die Erscheinungen dadurch, daß die kurzwelligen Strahlen in der Schuppendecke absorbiert, teils auch an den Grenzflächen der Medien (Hornmasse — Luft) reflektiert wurden.

Fischl: **Pseudopelade.** 28jähr. Patientin hatte bereits vor 6 Jahren am Scheitel alopezische Stellen. Seit 3 Monaten neuer hellergroßer Herd mit geröteter, atrophischer Haut.

Riehl: **Ichthyosis mit ungewöhnlicher Lokalisation.** 9jähr. Mädchen. Befallen ist vor allem die Planta pedis, wo beiderseits von der Ferse bis 3 cm an die Phalangen heran die Haut stark schwielig verdickt und trocken; Begrenzung nach vorne geradlinig, scharf und ohne roten Saum.

Arzt (Klinik Riehl): 1. **Tuberculosis ulcerosa linguae.** 57jähr. Mann mit ausgebreiteten Geschwüren an der Unterseite der linken Zungenhälfte auf den Mundboden übergreifend. Dabei ein einseitiger Spitzenprozeß. Mikroskopisch Epitheloidzelltuberkel und Riesenzellen, positiver Bazillenbefund.

2. **Tuberculosis ulcerosa ani.** 63jähr. Mann. Ein Geschwür rechts am Anus, auf die Rektalschleimhaut sich fortsetzend mit papillomatösen Rändern und isolierten kirschkerngroßen blauroten Knoten in der Sakralgegend. Histologische Tuberkelknötchen und Tuberkelbazillen.

Fuhs (Klinik Riehl): 1. **Mikrosporie.** 8jähr. Knabe mit solitärem Herd an der linken Augenbraue wie Herpes tonsurans maculo-squamosus. Pilzbefund +. Infektionsquelle ein Vetter mit Mikrosporie.

2. **Mikrosporie.** 22jähr. Patientin mit Herpes tonsurans-ähnlichem Herd der linken Halsseite. Pilzbefund +. Infektionsquelle ein Neffe mit Mikrosporie.

3. **Mikrosporie.** Scheiben am behaarten Kopf und der Körperhaut vom Aussehen eines Herpes tonsurans bei einem 8jähr. Knaben.

4. **Lichen microsporicus.** 10jähr. Knabe mit entzündlichen Mikrosporieherden an Kopf und Nacken. Drei Wochen nach Röntgenepilation am Stamm follikulär angeordnete kleinste, hellrote, mit Schüppchen versehene Knötchen. Allgemeinbefinden nicht gestört. Die zu Beginn der Behandlung negative Trichophytinreaktion ergab nun ein positives Resultat. Moro-Reaktion mit Trichophytin zeigte Rötung und Schwellung der Knötchen im Bereiche der eingeriebenen Hautpartien. In Haaren und Schuppen der Kopf- und Nackenherde Microsporon Audouini, in den Schuppen der Papelchen keine Pilze.

Riehl: Das gut charakterisierte Krankheitsbild der Mikrosporie, wie wir es aus fremden Beschreibungen und nach eigener Beobachtung in etwa 10 Jahren kennengelernt haben, wurde durch spätere Erfahrungen wesentlich verändert. Viele Erscheinungen, die man nur bei Trichophytie kannte, konnte man auch bei Mikrosporie konstatieren, so Herde mit stärkeren Entzündungserscheinungen bis zum Kerion Celsi, Lokalisation an verschiedenen Stellen der Haut, Erkrankung der behaarten Kopfhaut oder isoliert, verschiedene Erscheinungen von Mikrosporie auch bei Erwachsenen — ja bei Mitgliedern ein und derselben Familie, so daß der gleiche Mikrosporiestamm als Ursache der verschiedenen Mikrosporieformen anerkannt werden mußte —, schließlich das Bekanntwerden von Lichen microsporicus. So wird die Differentialdiagnose zwischen Herpes tonsurans jetzt manchmal vom klinischen Standpunkt allein unmöglich. Dazu kommt die Tatsache, daß in England bei mehr als der Hälfte der Fälle von Ringworm Mikrosporon als Erreger gefunden wurde. Die klinischen Grenzen zwischen Trichophytie und Mikrosporie sind so sehr verwischt worden, daß eine scharfe Trennung ohne Pilzanalyse nicht möglich wird. Aber auch die letztere zeigte uns allerlei Übergangsformen, so daß es kaum gerechtfertigt wäre, weiterhin eine größere Differenz zwischen den bekannten Trichophytonarten und dem Microsporon Audouini als die einer nahen Ver-

Digitized by Google

wandtschaft anzunehmen. Sind doch unter dem Einfluß des Nährbodens gerade die Spaltpilze in hohem Maße variabel, nicht bloß ihrer Morphologie nach, sondern auch bezüglich ihrer pathogenen Wirkung. Ebenso wie die Befunde von Micrococcus staphylogenes in seinen Varietäten albus, aureus, citreus usw. sich für die klinischen Erscheinungsformen als irrelevant erwiesen haben, erscheint auch die strenge Trennung von sich sonst völlig gleichbleibenden Pilzkrankheiten nur auf Grund von Variationsformen des Erregers als unberechtigt.

Oppenheim hat auf seiner Abteilung es schon seit langem aufgegeben, die einzelnen Formen der Trichophytie zu differenzieren. Er unterscheidet nur zwischen Trichophytie superficialis und profunda und bei der superfiziellen Form zwischen einer disseminierten und isolierten Art. Eben jetzt sind 30 Kinder mit Trichophytie des behaarten Kopfes auf seine Abteilung eingeliefert worden, unter denen alle möglichen klinischen Formen auf der Kopfhaut zu finden sind, bei eindeutigem mikroskopischem Befund. Kulturen wurden allerdings nicht angelegt. Eines dieser Kinder hatte neben einer ausgeprägten tiefen Trichophytie, einem echten Kerion Celsi, zahlreiche Herde von Mikrosporie.

Ullmann: Die Auffassung, daß den botanischen Varietäten des Trichophyton, wie sie schon seit 1893 durch Sabouraud und auch von Rosenbach beschrieben worden waren, nicht annähernd auch ebensoviele gesicherte, klinische Krankheitsbilder entsprechen, habe ich in den Jahren 1895/96 auf Grund meiner Züchtungsversuche und klinischen Erfahrungen ausführlich begründet. Damals war allerdings bei uns von der Mikrosporie noch nicht die Rede. Nach verschiedenen Berichten soll dieselbe damals ausschließlich in den westlichen Ländern England, Frankreich, und zwar endemisch oder vereinzelt wie in Italien (Mibelli) vorhanden gewesen sein. Es ist jedoch fraglich, ob nicht schon damals auch solche Fälle wie die heute hier vorgestellten von uns in Wien gesehen, aber nicht als Mikrosporie bezeichnet worden sind. Meine Arbeiten bezogen sich demnach nur auf das Makrosporon, innerhalb dessen es allerdings auch sehr variable Verhältnisse bezüglich der Größe und Anordnung der Sporen, in der Haut, Haaren usw. gab. Die Pleomorphie oder selbst Pluralität der Trichophytonpilze, zum großen Teil im saprophytischen Zustand auf den Kulturmedien zutage tretend, war für mich schon damals wie auch heute noch lange kein Beweis für eine verschiedene Pathogenität. Diese Bemerkung bezieht sich allerdings auf die auch in den letzten Jahren von Sabouraud noch wesentlich vermehrte und in seinem letzten Werke „Les teignes tondantes" niedergelegte Systematik der Trichophytongruppe.

Sachs: Es können tatsächlich bei klinischer Analyse der im Verlauf der Mikrosporie vorkommenden Hautaffektionen in diagnostischer Beziehung Schwierigkeiten gegenüber den durch Trichophyton hervorgerufenen entstehen. Bloch teilt bekanntlich auch die Mikrosporie in Erreger ein, welche einen humanen und einen Tiertypus darstellen. Während der humane Typus nach Sabouraud nur von Mensch zu Mensch übertragen wird und nur auf dem behaarten Kopfe lokalisiert bleibt, liefern Schramek und Stein Befunde einen Beweis dafür, daß das Microsporon Audouini auch unterhalb der Ohrläppchen und zwischen den Schulterblättern Herde erzeugen kann. Von den tierpathogenen Typen (Microsporon lanosum, felinum, villosum) ist es schon lange bekannt, daß sie Herpes tonsurans-ähnliche und Kerion Celsi-artige Krankheitsherde produzieren können. Beim Menschentypus finden wir Übertragung nur von Mensch zu Mensch, endemische Verbreitung, vorwiegend in den Großstädten, ausschließliches Befallensein jugendlicher Individuen, große Kontagiosität und lange Dauer des Leidens, Fehlen aller entzündlichen Erscheinungen. Beim Tiertypus gerade das Gegenteil: Übertragung vom Tier (Katze, Pferd, Hund), kleinere, sporadisch auftretende, meist bald erlöschende Epidemien. Erwachsene können ebenfalls erkranken, die Pilze provozieren beim Menschen Entzündung (bis zur Kerionbildung). Die von ihnen hervorgerufene Mykose ist daher prognostisch viel günstiger. Lewandowsky, Plaut und Chable teilen Fälle von Kerion Celsi bei Mikrosporie mit. Chable, Kren, Arzt, Kerl beobachteten bei Mikrosporie ein lichenoides Exanthem. Nobl beschreibt eine generalisierte animale Mikrosporie beim Menschen, hervorgerufen durch das Microsporon lanosum. W. Fischer beobachtete eine sycosis parasitaria durch ein neues Mikrosporon vom Tiertyp (Microsporon xanthodes). Arzt und Fuhs bezeichnen die im Verlaufe einer Mikrosporie auftretenden Allgemeinerscheinungen analog der von Sutter für eine Trichophytonallgemeininfektion gewählten Bezeichnung als „Trichophytosen".

Ullmann: Bezüglich des Verhältnisses der Pilzvirulenz zur Gestaltung des Krankheitsbildes möchte ich noch auf folgende Erfahrungstatsachen hinweisen, die mir früher schon von Tierärzten mitgeteilt wurden, und die ich selbst im Festungsspital in Pola im

Digitized by Google

Jahre 1916 zu beobachten Gelegenheit hatte. Daselbst war das Hafensanitätsamt zur Kenntnis einer kleinen Trichophytonepidemie in der Umgebung der Stadt gelangt. Von den außerhalb der Stadt tätigen und in verschiedenen Baracken in der Nähe des Viehs untergebrachten Fleischern und Viehtreibern, die sich längere Zeit den ärztlichen Visiten entzogen hatten, wurden über 30 auf meine Abteilung gebracht. Sie boten Trichophytien in den verschiedensten Formen: kreisförmige, schuppende, knotige, mit Lokalisation teils im Gesicht, teils am Körper. Leider konnte ich mangels Nährmedien keine Kulturen machen. Es handelte sich mikroskopisch um großsporige, ektotrichale Formen. Auch die Tiere, zumeist Rindvieh aber auch einige Hunde, wurden von den Tierärzten genau inspiziert, teils geschlagen oder kontumaziert, einige Hunde vernichtet. Bei den eingelieferten Kranken fanden sich wie erwähnt sehr verschiedene Formen bezüglich Schwere und Aussehen, trotz der zweifellos selben Provenienz vom Rind oder vielleicht auch vom Hund. Das Nebeneinandervorkommen frischer, ganz leichter und schwerer Formen zeigt auch, daß die klinische Variabilität und wahrscheinliche Abschwächung durch humane Passagen bedingt ist. Wir konnten dies ja auch deutlich aus der Beobachtung der ersten, meist eitrigen, und aus dem Vergleiche dieser mit den zuletzt beobachteten Trichophytieinfektionen unserer Kriegsepidemie 1918—1921 in Wien bestätigen. Aus den großknotigen wurden kleinknotige und dann nur schuppende Formen. Nur bei der direkten Übertragung vom Tier auf den Menschen pflegt es zu schweren Erscheinungen zu kommen.

Fuhs (Klinik Riehl): **Favus corporis.** 3jähr. Mädchen mit einem kronengroßen, geröteten und schuppenden Herd des rechten Unterschenkels mit mehreren schwefelgelben Skutulis. Infektionsquelle unbekannt.

Kumer (Klinik Riehl): 1. **Lichen planus et verrucosus.** 47jähr. Mann. Plane Knötchen an den Unterarmen, leicht verruköse Herde an den Beinen.

2. **Dermatitis herpetiformis.** 32jähr. Mann, seit $1^1/_2$ Jahren mit Unterbrechungen erkrankt. Vornehmlich in der Axillargegend und an den Armen Erytheme, deren Rand von Bläschen besetzt ist.

Randak (Klinik Riehl): 1. **Trichophytia profunda.** Bei dem 24jähr. Patienten kam es im Anschluß an die erste Trichophytininjektion 1:50 zu starker lokaler und Herdreaktion und schweren Allgemeinerscheinungen. Der Fall beweist, daß man mit der ersten Trichophytinkonzentration sehr vorsichtig sein muß.

2. **Purpura.** Bei der 62jähr. Frau kam es im Anschluß an Grippe zu wiederholten, schwer zu stillenden Blutungen aus der Nase und zu bis hellerstückgroßen Blutungen in die Haut des Stammes und der Extremitäten. Befallen ist ferner die Schleimhaut der Mundhöhle und der Blase, die Gerinnungsfähigkeit des Blutes ist stark herabgesetzt (1 Stunde 20 Minuten). Blutbefund: 5000000 Erythrozyten, 6800 weiße Zellen, davon 50% neutrophile, 2% eosinophile, 5% Mastübergangszellen und 43% Lymphozyten, fast keine Thrombozyten.

Fachzeitschriften.

The American Journal of Syphilis.

1921, Bd. 5, Nr. 2.

Die Verantwortlichkeit intensiver Behandlung in Hinsicht auf das Vorkommen früher Neurosyphilis (Some Account of the Responsibility of Intensive Treatment Methods with Regard to the Incidence of Early Neurosyphilis), von A. Reith Fraser-Aberdeen. S. 201—216. Das Zunehmen der frühzeitigen Neurosyphilis führt Verf. auf folgende Umstände zurück: 1. das Bestreben, die primäre Syphilis en masse zu behandeln, 2. schematische Therapie, 3. das unberechtigte Bestreben, auf jeden Fall einen negativen Wassermann zu erreichen, 4. schlechte klinische Beobachtung, 5. ungenügende Berücksichtigung des Zentralnervensystems. Durch die allzu rasche Sterilisierung des Körpers bei Salvarsananwendung in der jetzt üblichen Form wird das intrakale System der natürlichen Schutzstoffe beraubt. Jede ideale Methode wäre intramuskuläre oder subkutane Anwendung von Sulfarsenol lange Zeit hindurch kombiniert mit Quecksilberbehandlung.

Digitized by Google

Syphilis des Herzens (Syphilis of the Heart), von HARLOW BROOKS-New York. S. 217—247. Frühzeitige Herzerscheinungen sind nach Verf. häufig. Sowohl Perikard, Myokard wie Endokard können befallen sein. Koronargefäße sind gleichfalls häufig verändert. Der Patient, der an Herzlues leidet, befindet sich in einer unglücklichen Lage, der Syphilidologe schenkt dem Herzen meist keine Aufmerksamkeit und der Internist begnügt sich mit der Diagnose mechanischen Defektes, ohne auf die Ätiologie zu achten. Jod ist in der Behandlung fast wertlos. Verf. empfiehlt Quecksilber intramuskulär. Keine ausführlichen Krankengeschichten.

Syphilis des Nervensystems bei Eheleuten (Conjugal Syphilis of the Nervous System), von ALFRED GORDON-Philadelphia. S. 248—258. Kurze Mitteilung über 32 Fälle, die tabellarisch geordnet sind.

Syphilis des Nervensystems bei Kindern (Syphilis of the Nervous System in Children), von EDWARD LIVINGSTON HUNT-New York. S. 259—267. Bei vielen Kindern, die zurückgeblieben sind, auch bei Imbezillität und Idiotie handelt es sich ätiologisch um Syphilis, auch wenn keine Symptome vorhanden sind. Als klinische Zeichen kommen noch besonders Enuresis und Unruhe in Frage. Unbedingt nötig ist Lumbalpunktion, auch die Goldkurve gibt ein gutes Resultat. Erforderlich ist auch Lumbalpunktion bei den Eltern. Die Behandlung ist nicht sehr aussichtsreich.

Behandlung der Syphilis (Treatment of Syphilis), von SAMUEL FELDMANN-New York. S. 268—283. Verf. glaubt, daß in den meisten Fällen der Vorteil der Endolumbalbehandlung nicht die Nachteile aufwiegt. Auch sonst nichts Neues.

Untersuchung der WR bei einer großen Zahl vermutlich nichtsyphilitischer Individuen, darunter vieler Diabetiker und Nephritiker (A Study of the WASSERMANN Reaction in a Large Group of Supposedly Nonsyphilitic Individuals, Including Large Groups of Diabetics and Nephritics), von JOHN R. WILLIAMS-Rochester. S. 284—289. 912 anscheinend Nichtsyphilitische ergaben in 4,4% positive WR. 337 Diabetiker hatten 16 mal (4,8%) positive WR. Keine spezifische Behandlung. Bei Nachuntersuchung ergaben 13 negative Reaktion und 3 fragliche. Die Blutproben hatten alle vermehrtes Lipoid. Die Reaktionen selbst schwankten zwischen stark und schwach positiv bei verschiedener Blutentnahme. Von 110 Nephritikern hatte nur ein einziger positive WR. Ungefähr 2% ergaben klinisch oder durch Sektion Bestehen von Syphilis bei negativem Wassermann.

Vereinheitlichung der WR. Über den Einfluß der Mischungsreihenfolge von Serum, Antigen und Komplement (Studies in the Standardization of the WASSERMANN Reaction XVIII, the Influence of the Order of Mixing Serum, Antigen und Complement and Total Volume upon Complement-Fixation Reaktions in Syphilis), von JOHN A. KOLMER-Philadelphia. S. 290—299. Zu Serum und Antigen soll erst nach 5—30 Minuten Komplement hinzugesetzt werden.

Über den Wert der Eisschrankmethode und des Cholesterinantigens, untersucht an 1600 Seren (The Value of Ice Box Incubation and Cholesterin Antigen as Shown by 1600 Comparative Tests), von B. W. RHAMY-Fort Wayne, Indiana. S. 300 bis 311. Die Eisschrankmethode ist 12.6% genauer als die übliche Versuchsanordnung.

Eisbäder bei der Komplementfixierung für die WR, ein abgekürztes Verfahren (Ice Water-Bath in Complement Fixation for the WASSERMANN Reaction, a Shortened Technic), von W. W. DUKE-Kansas. S. 312—319. Im Eisschrank ist vierstündiger Aufenthalt erforderlich, im Eiswasserbad nur eine Stunde, die Methode ist ebenso genau.

Die WR: Gründe für Abweichungen in der klinischen Wertschätzung; Notwendigkeit ihrer Vereinheitlichung; Vorschläge, Diskussion über eine Versuchsserie (The WASSERMANN Reaction: Reasons for Discrepancies in Estimation of Clinical Value: Necessity for Uniformity and Standardization: Suggestions: Report of a Series and Interpretation), von HENRY M. RAY-Pittsburgh. S. 320—335. Der Syphilidologe sollte auch serologische Erfahrung haben, damit er serologische Resultate verständnisvoll beurteilen kann. Lumbalpunktion ist in jedem Falle erforderlich.

F. W. Oelze-Leipzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Zur experimentellen Fleckfieberinfektion der Meerschweinchen, Ratten und Kaninchen sowie zur Rickettsienfrage, von R. Otto und F. Winkler, Serol. Abt. des Inst. Robert Koch. (Zschr. f. Hyg. u. Infektionskrkh., Bd. 93, H. 1, S. 1—17.) Bei ihren Versuchen verwendeten Verff. drei Virusstämme. Sie konnten dem klinischen Bilde der experimentellen Fleckfieberinfektion beim Meerschweinchen keine wesentlichen Ergänzungen hinzufügen. Eine beim lebenden infizierten Meerschweinchen brauchbare, für Fleckfieber differentialdiagnostische Methode zu ermitteln, ist ihnen nicht gelungen. Zum Beweis der latenten Infektion bei Ratten wird das Protokoll eines diesbezüglichen Versuches angeführt. Die Inkubationszeit nach einer Rattenpassage stieg für Meerschweinchen, um in der zweiten Meerschweinchenpassage wieder zu sinken. Die auseinandergehenden Befunde einzelner Verf. über Steigerung des Agglutinationstiters im Serum mit Gehirn fleckfieberinfizierter Meerschweinchen vorbehandelter Kaninchen glauben Verff. durch die interessante Tatsache erklären zu können, daß Titersteigerung nur bei den mit frisch aus dem Menschen isolierten Stämmen eintrat, nicht aber bei alten Stämmen, die bereits seit Jahren nur durch Meerschweinchen gegangen sind. In weiteren Versuchen wurde festgestellt, daß normale und mit Fleckfiebervirus vorbehandelte Tiere gleich stark auf die spätere Injektion von Proteus x reagierten, und daß bereits mit x-Bazillen vorbehandelte Tiere später auf die Infektion mit Fleckfiebervirus ebenso stark wie normale Tiere reagierten. Daraus ist zu schließen, daß die Agglutinationsbildung nach der Behandlung mit Fleckfiebervirus nichts mit der nach x 19-Bazillen zu tun hat. Weitere Ergebnisse zeigten, daß die Titersteigerung der mit Fleckfiebervirus behandelten Kaninchen sich bei einigen Seris nicht allein auf nur solche für die x-Bazillen beschränkte, sondern auch bei unspezifischen Proteusstämmen und anderen Bakterienstämmen in Erscheinung trat. Die Züchtung der Rickettsia Prowazeki nach verschiedenen Methoden gelang den Verff. nicht. G. Kapferer-Heidelberg.

Lepra.

Die Lepra im Gouvernement Smolensk, von W. Pospelow.

Ein klinisch und pathologisch-anatomisch untersuchter Leprafall, von A. Lichatschew. (Moskauer m. Zschr., 1921, Nr. 4—5, S. 45 u. 49.) Lichatschew beschreibt einen Fall von Lepra tuberosa bei einem 47jähr. Fabrikarbeiter aus Moskau. Pospelow einen solchen, betreffend einen 12jähr. Knaben aus dem Gouvernement Smolensk. Dieser Fall gab P. Anlaß nach anderen Leprafällen in diesem Gouvernement zu suchen und dank der Unterstützung der Kollegen Schwerin und Schtschepanowski konnte er feststellen, daß sich in 8 Kreisen genannten Gouvernements 36 Leprafälle im Jahre 1921 fanden, davon 12 im Kreise Roßlawl und 9 im Kreise Smolensk. Die wahre Ziffer wird natürlich, wie P. richtig sagt, viel größer sein.

A. Jordan-Moskau.

Behandlung der Lepra (Traitement de la Lèpre), von F. de Mello-Nova-Goa, Portug. Indien. (Presse méd., 1921, Nr. 87, S. 861.) Verf. hat nach dem Vorgang englischer Autoren seit fast 2 Jahren Injektionen von gynokardsaurem Natrium A, das von der Firma Smith Stanistreet u. Co. in Kalkutta hergestellt wird, mit sehr beachtenswerten Resultaten bei 22 Fällen von Lepra in verschiedenen Formen angewandt; einige Fälle können als geheilt angesehen werden. Die Injektionen werden am besten intravenös gegeben; die subkutanen und intramuskulären Injektionen sind nicht schmerzlos. Es werden Dosen von 5—12 ccm einer 4-, 5- oder auch 6%igen Lösung (mit einem Zusatz von 1% Natr. citric.) in der Regel zweimal wöchentlich verabreicht. Die Behandlung wird von manchen Autoren durch Verabreichung von Gynokardatpillen ergänzt, doch hat Verf. von dieser Maßregel keine besondere Wirkung gesehen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tuberkulose.

Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Chlornatriumbrei, von Hans Martenstein-Breslau. (Strahlentherap., Dez. 1921, Bd. 13, H. 1.) Verf. erzielte in vielen Fällen von Lupus vulgaris durch Chlornatriumbreiumschläge (7—14 Tage) sehr zufriedenstellende

Digitized by Google

Heilerfolge. In den ersten Tagen starke Ulzeration, später schnelle Epidermisierung bei entsprechender Salbennachbehandlung. Keine unangenehmen Nebenerscheinungen, nur sehr schmerzhaft. G. W. Unna-Hamburg.

Über Zirkumzisionstuberkulose, von E. Wolff-Berlin. (Bl. kl. W., 1921, Nr. 52, S. 1531.) Bei zwei Säuglingen stellten sich nach Beschneidung und anschließendem Aussaugen der Wunde Ulzerationen am Penis ein, die anfangs fälschlich als luetische Primäraffekte gedeutet und behandelt wurden, und bei denen erst durch Pirquet und Probeexzision die richtige Diagnose gestellt wurde. In dem einen Falle führte nach verschiedenen mißlungenen medikamentösen Versuchen eine Röntgentherapie zur Heilung der ausgedehnten Penisulzerationen und der fistulösen vereiterten Leistendrüsen, während bei dem zweiten Kind diese Therapie zwar zum Stillstand des Prozesses führte, aber eine Sekundärinfektion den Exitus herbeiführte. Verf. teilt aus der Literatur 56 Fälle der gleichen Erkrankung mit, die heutzutage nur noch in Gegenden möglich ist, wo auf die rituellen Bräuche die modernen hygienischen Anschauungen keinen Einfluß haben.
E. Langer-Berlin.

Über Vaginaltuberkulose bei weiblicher Genitaltuberkulose, von Theodor Poetz. (Diss., Bonn 1919.) Sektionsbefund einer 54jähr. Patientin. Die in der Vagina gefundenen Veränderungen waren ganz geringfügiger und durchaus uncharakteristischer Natur. Erst durch mikroskopische Untersuchung konnte festgestellt werden, daß es sich um ein ganz frisches Stadium der Schleimhauttuberkulose handelte. Die Infektion entstand von den tuberkulös erkrankten Tuben. F. Weiler-Leipzig.

Irrtümlich für tuberkulös gehaltene einfache Anorektalfistel (Simple Anorectal Fistula Simulating the Tuberculous Variety), von Arthur A. Landsman-New York. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 8.) Die klinischen Erscheinungen können bei den Formen ganz gleich sein. E. Levin-Berlin.

Die Strahlenbehandlung der Tuberkulose, von O. de la Camp-Freiburg i. B. (M. Kl., 1921, Nr. 48, S. 1435.) Verf. bespricht kurz die Strahlenwirkungen vom physikalischen, chemischen und biologischen Standpunkte aus und andererseits die Erfordernisse der Therapie namentlich in bezug auf die Tuberkulose der Knochen, der Lunge und anschlußweise auch der Haut, unter Berücksichtigung der natürlichen Sonnenstrahlen sowie der modernen Lichtquellen der Technik. Besondere Betonung wird auf die Bedeutung der Allgemeinwirkung neben der lokalen Beeinflussung speziell in bezug auf die Knochentuberkulose gelegt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Behandlung des kalten Abszesses, von M. Jerusalem-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 44, S. 1321.) Zunächst Röntgenbestrahlung in mehreren nicht zu großen Dosen; daran anschließend breite Inzision, Entleerung des Sekretes, stumpfes Auswischen der Abszeßhöhle, Entfernung etwaiger Knochen- oder Gewebssequester, jedoch nur dann, wenn dieselben gelöst sind, niemals Rippensekretion, niemals Anwendung des scharfen Löffels; hierauf komplette Naht, keine Drainage, steriler Verband. Nach 1—2 Wochen neuerdings Röntgenbestrahlung, welche dann in entsprechenden Zwischenpausen ein oder das andere Mal wiederholt werden kann. Die Heilung erfolgte fast regelmäßig per primum. Das maßgebende Prinzip bei diesem Verfahren ist die Schonung bzw. Verstärkung des natürlichen bindegewebigen Schutzwalles um den kalten Abszeß herum.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die experimentellen Grundlagen der spezifischen Tuberkulosetherapie, von P. Uhlenhuth-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 24, S. 710 u. Nr. 25, S. 739.) Verf. gibt zunächst in Umrissen eine vollständige Darlegung der geschichtlichen Entwicklung der spezifischen Behandlung der Tuberkulose von Kochs ersten Versuchen an bis in die neueste Zeit. Aus einer kritischen Besprechung der mit den verschiedenen Methoden erzielten Resultate entnimmt er, daß, wenn überhaupt, nur lebende echte Tuberkelbazillen einen relativen Schutz gegen Tuberkulose verleihen können. Es kann sich dabei sehr wohl um eine unspezifische Protoplasmaaktivierung oder um eine durch die Depotbehandlung bedingte, milde protrahierte tuberkulinähnliche Wirkung handeln. Das Bestreben, eine passive Immunisierung herbeizuführen, dürfte nach den bisherigen Feststellungen über Immunität bei Tuberkulose auch wenig Aussicht auf Erfolg darbieten, zumal da den im Blute vorkommenden Antikörpern keine ausschlaggebende Bedeutung für die Immunität zukommt. Die Übertragung eines Serumschutzes auf Gesunde wird von U. als unerwiesen abgelehnt. Um echte kausale Therapie im Kampfe mit der Tuberkulose zu betreiben, ist ein weiterer Ausbau der Chemotherapie, wie solche von Finkler, Gräfin

Digitized by Google

Linden u. a. begonnen ist, notwendig; vorläufig aber muß an der das tuberkulöse Gewebe beeinflussenden Tuberkulintherapie festgehalten werden, da diese noch das beste ist, was wir von spezifischen Mitteln besitzen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die isotoxische und antitoxische Behandlung der Tuberkulose in Beleuchtung des prognostischen Indexes nach Hollaender, von St. Somogyi-Budapest. (Gyógyászat, 1921, Nr. 35, 36.) Die verschiedenen Behandlungsarten der Tuberkulose, und noch mehr die verschiedenen Erfolge und Mißerfolge finden ihre Erklärung durch die Seroreaktion nach Hollaender, welche mit der Kutanreaktion kombiniert, mit Rücksicht auf den klinischen Befund in Tabellen zusammengestellt, als prognostischer Index die entsprechende Behandlung vorausbestimmen lassen. 0,5 ccm eines zentrifugierten (10 Min.) reinen Serums, wird in eine Widal-Röhre gegeben, dann wird aufgeschichtet eine Lösung von Tuberkulin (10fach in eine 5% Karbol enthaltende physiologische NaCl verdünnt), nachher auf 24 Stunden in einem Thermostat stehen gelassen. Wo sich die 2 Schichten berühren bildet sich ein Niederschlag. Ist der Niederschlag eine dicke Scheibe, so nennt Hollaender die Reaktion „stark" ++. Ist die Scheibe dünn und vollkommen, so heißt sie „positiv" +. Ist die Scheibe unvollkommen oder die Lösung weniger transparent, so heißt sie „schwach" ±. Ist die Transparenz unverändert, dann ist die Reaktion „negativ" —. Die Reaktionen zeigen noch nach der Bewertung der Tabelle, die zum Gebrauch nötigen Mittel (JK, Tuberkulin, Partigen usw.), welche zur Heilung führen. M. Porosz-Budapest.

Beitrag zur Kutanreaktion mit humanem, bovinem und Moroschem Tuberkulin, von W. Giller-Hannover. (Allg. m. Ztg., 1921, Nr. 40, S. 236.) Kritische Studie an 479 bis zu 6 Jahre alten mit den verschiedenen Tuberkulinen nach Pirquet geimpften Kindern. Vergleiche der verschiedenen Reaktionen und Erklärungsversuche für dieselben. F. Hirsch-Ulm.

Das Tuberkulomuzin in den Händen des praktischen Arztes, von A. Lilien-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 43, S. 1295.) Das von Weleminsky dargestellte Tuberkulomuzin ist ein bei jahrelanger Fortzüchtung von Tuberkelbazillenstämmen in besonders konstruierten Kolben unter fortwährender Auslese gewonnenes Stoffwechselprodukt, der Hauptsache nach eine Verbindung von Eiweiß und Kohlehydrat — ein Muzin, das hervorragend entwickelte Antigeneigenschaften aufweist. L. hat sehr günstige Resultate in der Behandlung der Lungentuberkulose bei Injektion von allmählich gesteigerten Dosen (3 bis 15 und 20 dcg einer 1%igen Lösung) erzielt. Auch zu diagnostischen Zwecken in der Anwendungsform der Pirquetschen Probe hat sich das Tuberkulomuzin dem Verf. sehr bewährt, und zieht er es dem Alttuberkulin vor.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Koinzidenz von Syphilis und Tuberkulose. Symbiose in Lymphdrüsen, von W. Frei und R. Spitzer-Breslau. (Kl. W., 1922, Nr. 1, S. 15.) Verff. fanden bei 2 Patienten mit schwerer fistelnder Halsdrüsentuberkulose nach einer luetischen Infektion in den tuberkulösen Drüsen Spirochaeta pallida. In einem weiteren Falle kam es bei einem Fleischer im Verlaufe einer frischen Lues zu einem Manifestwerden einer bisher nicht beobachteten latenten Bovinusinfektion in den beiderseitigen Kubitaldrüsen. Tuberkelbazillen und Spirochäten konnten in 2 von diesen 3 Fällen gleichzeitig in derselben Drüse festgestellt werden, dagegen gelang es nicht bei 8 Luetikern mit großen, aber unverdächtigen regionären, bzw. nichtregionären Drüsen neben den Spirochäten durch den Tierversuch Tuberkelbazillen nachzuweisen. E. Langer-Berlin.

Beitrag zu der Frage der Eigenharnreaktion nach Wildbolz, von A. Orlianski-Königsberg i. Pr. (M. Kl., 1921, Nr. 45, S. 1359.) Die hier mitgeteilten Beobachtungen lassen den Wert dieser Reaktion recht anfechtbar erscheinen. O. hat bei 45 sicher nichttuberkulösen Individuen und 30 sicher aktiv Tukerkulösen ein deutliches Vorwalten des positiven Ausfalles, bei letzteren aber immerhin ein mehr oder weniger positives Ergebnis bei den nicht Tuberkulösen festgestellt, und bei 17% der Tuberkulösen fiel die Reaktion negativ aus. Als Schlußfolgerungen aus seinen Beobachtungen stellt Verf. die Sätze auf: Allergische aktiv tuberkulöse Kranke reagieren häufiger und stärker als nicht Tuberkulöse auf die intrakutane Eigenharnrektion. Es bleibt noch zu entscheiden, ob diese häufigeren und stärkeren Reaktionen durch spezifische Stoffe oder durch unspezifische Albumosen, die sich gelegentlich im Urin von fiebernden Tuberkulösen finden, oder durch den eventuell reicheren Salzgehalt des Morgenurins Tuberkulöser hervorgerufen sind. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Syphilis.

a. Allgemeines und Historisches.

Ist die Reinfectio syphilitica ein Beweis für die Heilung der ersten Syphilis? von W. Pick-Prag. (M. Kl., 1921, Nr. 43, S. 1285.) Diese Frage beantwortet Verf. unter Anführung von Äußerungen verschiedener anderer Autoren in negativem Sinne. Namentlich schließt er sich dem von John aufgestellten Satze an, daß die Reinfektion nicht als Beweis für die Heilbarkeit der Syphilis gelten kann, so lange die Behauptung, daß sie beim Vorhandensein von Tertiärerscheinungen auftreten kann, nicht widerlegt ist. Man ist also bei Fällen, in denen ein nachweislich früher syphilitisch infizierter Patient ein zweites Mal akquiriert, nur berechtigt, von einer Neuansteckung zu sprechen. Für die wenigen Fälle, in denen diese zweite Infektion zur Zeit des Bestehens aktiver syphilitischer Prozesse erfolgt, kann die Bezeichnung „Neuansteckung" durch Superinfektion ersetzt werden. Die Bezeichnung Reinfektion ist am besten ganz zu eliminieren.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Innerhalb 5 Jahren zweimalige Syphilisinfektion nach Sterilisatio magna nach der ersten Erkrankung, von M. Zeissl-Wien. (W. kl. W., 1921, Nr. 49, S. 596.) Ein Student mit einem deutlichen Primäraffekt am inneren Vorhautblatt erhielt 1910 eine einzige intramuskuläre Altsalvarsaninjektion von 0,5. Spirochätenbefund und WR vor Injektion positiv. Nach 4 Wochen vollständige Involvierung des Ulcus durum und bei sorgfältigster Beobachtung bis 1915 keine klinischen Erscheinungen und WR stets negativ. Im Januar 1915 kam Patient wieder und zeigte zwei deutliche Sklerosen an zwei anderen Stellen des Vorhautblattes mit positiven Spirochätenbefund und WR sowie nachfolgendem Syphilid.
H. Soltmann-Leipzig.

Untersuchung über die Syphilis verheirateter Frauen (Enquête sur la syphilis des femmes mariées), von Louise Luce-Bantin. (Diss., Paris 1921.) Nach Referat in Ann. mal. vén., 1921, Nr. 9, S. 575—276. Die Verf. verbreitet sich in 2 Abschnitten, einem medizinischen und einem sozialen, über die erstaunliche Zunahme der Syphilis in der Ehe, die sie auf allgemeine Verwilderung der Moral zurückzuführen sucht und zu deren Hebung sie bessere Erziehung besonders auch seitens des Arztes, vorschlägt.
K. Glaser (Berlin).

Die Bedeutung der Lues für die Gestation, von Otto Homberger. (Diss., Gießen 1920.) Unter den Schwangeren der Gießener Frauenklinik wurden für die Jahre 1918/19 28 Luesfälle festgestellt (2,25 %). Es kamen 3 Fehlgeburten, 15 Frühgeburten, 10 ausgetragene Schwangerschaften vor. Es fanden sich darunter 21 mazerierte Früchte. In 3 Fällen wurden durch sofortige kombinierte Behandlung gesunde, ausgetragene Kinder erzielt. (Infektion im 2.—8. Monat.) In einem Falle wurde die Lues 3 Monate ante graviditatem akquiriert. Nach Eintritt der Schwangerschaft Salvarsan. Faultote Frucht im 8. Monat.
F. Weiler-Leipzig.

Ist der Syphilidologe existenzberechtigt? von F. Bruck-Berlin-Schöneberg. (M. Kl., 1921, Nr. 37, S. 1131.) Syphilidologe darf sich nur derjenige nennen, der das Leiden in allen seinen Lokalisationen und Stadien zu beobachten Gelegenheit hat.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

b. Pathologie und Klinik.

Neue Ideen über die Syphilis, von Ulysses Nonohay (Revista dos cursos, Porto Alegre, Juli 1921.) Verf. bestätigt durch seine Erfahrungen die Angaben von Merklen, Devaux und Desmoulière, die für viele Erkrankungen und Zustände allgemeiner Natur bei der Syphilis, die sie unter dem Namen Asthenien zusammenfassen, syphilitische Veränderungen in den endokrinen Organen annahmen.
F. Weise-Jena.

Vitiligo und Psoriasis guttata syphilitischen Ursprungs, von Ulysses Nonohay-Portugal. (Revista dos cursos, Porto Alegre, Juli 1921.) Kasuistischer Beitrag. Auf spezifische Behandlung nur Besserung, keine Heilung. Abbildungen.
F. Weise-Jena.

Fälschlich diagnostizierte syphilitische „Leukomelanodermien" des Nackens oder syphilisähnliche Hypo- und Hyperchromien nach Hauteffloreszenzen (Les fausses „leucomélanodermies" syphilitiques du cou ou hypo et hyperchromies syphilidoides post-lésionelles), von Gougerot. (Progr. méd., 1921, Nr. 47.) Pigmentsyphilis (bei der die hellen Flecke die Farbe der normalen Haut haben) und Leukomelanie (bei der die hellen Flecke weniger gefärbt sind als die normale Haut) sind verschiedene

Digitized by Google

Grade desselben Prozesses. Die Annahme, daß es sich stets um eine syphilitische Erscheinung handelt, trifft selbst bei Voraussetzung der Entstehung aus Roseolen und Papeln nicht ausnahmslos zu. Aufzählung verschiedener ähnlicher Affektionen, bei denen jedoch die Differentialdiagnose verhältnismäßig leicht ist. Schwieriger war sie in zwei näher beschriebenen Fällen, die jedoch als Ausnahme angesehen werden müssen, in denen es sich darum handelte, daß bei im Sommer aufgetretenem seborrhoischem Ekzem eine starke Bräunung der Haut unter Freibleiben der von Effloreszenzen besetzten Stellen stattgefunden hatte, die dann nach Abheilen der Effloreszenzen als hellere Flecke erschienen. E. Levin-Berlin.

Tumor fibrosus syphiliticus, von Josef Sellei. (Gyógyászat, 1918, Bd. 25.) Bei bosnischen Soldaten war in 4 Fällen entweder an einem Trochanter oder an dem einen inneren Knöchel eine seit vielen Jahren bestehende nuß- bis eigroße, harte, fibröse Geschwulst zu finden, welche anfangs als Folge einer Selbstschädigung (nach Arsen- oder Paraffininjektion) gedeutet wurde. WR in 3 Fällen positiv. Die histologische Untersuchung ergab Lues. Antiluetische Behandlung ohne wesentlichen Erfolg.
M. Porosz-Budapest.

Klinische Erscheinungen der Gelenksyphilis und die Möglichkeit der traumatischen Ätiologie (Aspects cliniques de la Syphilis articulaire — origine traumatique possible —), von A. Broca. (Presse méd., 1921, Nr. 88, S. 873.) Während seiner militärärztlichen Tätigkeit im Kriege hatte B. Gelegenheit, 20 Fälle von Gelenksyphilis, alle mehr oder weniger ausschließlich am Knie lokalisiert, zu beobachten. Nur ein einziger von ihnen war von den zuvor behandelnden Ärzten als syphilitisch bezeichnet worden. Meistens wäre ohne den Ausfall der WR die Diagnose nicht mit Sicherheit zu stellen gewesen. Antiluetische Behandlung war durchweg erfolgreich. Als veranlassendes Moment spielten Verletzungen verschiedener Art eine große Rolle; doch hatte B. sehr häufig den Eindruck, daß die Angaben über die erlittenen Unfälle aus naheliegenden Gründen vielfach übertrieben oder geradezu falsch waren.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

War eine auf Aortitis luica beruhende Aortenerweiterung und ein Aneurysma des Aortenbogens zurückzuführen auf einen Eisenbahnunfall, oder lag eine durch den Unfall bewirkte Verschlimmerung einer bereits bestehenden Erkrankung vor? von Lenzmann-Duisburg. (M. Kl., 1921, Nr. 44, S. 1333.) Ein Geschäftsreisender erlitt bei einer Zugentgleisung mit Umsturz des Wagens eine anscheinend nur gelinde Erschütterung bei geringfügiger äußerer Verletzung. Es stellte sich aber sofort ein Zustand heftiger nervöser Erregung ein und später ein anhaltendes Druckgefühl am hinteren Brustbein nebst Atemnot, so daß Pat. seinen Beruf nicht mehr ausüben konnte. Von einer stattgehabten syphilitischen Infektion weiß er angeblich nichts. Die Untersuchung ergab das Vorhandensein einer ausgiebigen aneurysmatischen Erweiterung an der Aorta und positiver WR. In sehr ausführlicher Besprechung des Falles kommt L. zu dem Resultat, daß hier zweifellos eine auf den Unfall zurückzuführende Verschlimmerung einer bestandenen Affektion syphilitischer Art an der Aorta vorlag.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Aortitis syphilitica, von A. Schittenhelm-Kiel. (D. m. W., 1922, Nr. 2, S. 60—61.) Ausführliche Darstellung der pathologischen Anatomie, der Diagnose, des klinischen Verlaufs und der Aortitis luica. Hervorzuheben wäre der für luische Erkrankung spezifische Befund an den Aortenklappen, die außer Verdickung und Schrumpfung der freien Ränder an den oberen Ansatzstellen mehr oder weniger breite Furchen und Rinnen zwischen den Ansätzen und Berührungsstellen zeigen.
F. Harry-Berlin.

Ein ungewöhnlich großes Aneurysma der Arteria axillaris, von F. W. Kloeppel-Braunschweig. (M. Kl., 1921, Nr. 41, S. 1235.) Ein 53jähr. Arbeiter kam zur Aufnahme mit einem enormen, männerschädelgroßen Tumor in der rechten Achselhöhle, der als Aneurysma der Art. axillaris diagnostiziert und später durch die Sektion bestätig wurde. Außerdem bestanden Zeichen von Tabes. Kompressionslähmung des N. axillaris, Zeichen von Aortenaneurysmen, Aorteninsuffizienz und ein handtellergroßer Dekubitus über dem unteren Winkel des rechten Schulterblattes. Pat. gab an, 37 Jahre zuvor ein Geschwür am Glied gehabt und zweimal eine Schmierkur durchgemacht zu haben. Unter Zeichen von Atemnot und Herzschwäche ging er in 3 Wochen nach der Aufnahme zugrunde.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Pathologische Anatomie und Pathogenie der Lungensyphilis (Anatomie pathologique et Pathogénie de la syphilis pulmonaire), von Pedro J. Elizaldo-Buenos Aires.

Digitized by Google

(Referat der Ann. des mal. vénér., 1921, Nr. 9, S. 570—572.) In einer ausführlichen, reich illustrierten Arbeit beschreibt Verf. das ganze große Gebiet der Lungensyphilis, die er nach 3 Richtungen hin behandelt: nekrotisierende und gummöse, pneumonische und broncho-pneumonische Prozesse. Der Histologie ist dabei ein breiter Raum gewidmet. K. Glaser-Berlin.

Gummen der Lungen bei einem Neugeborenen (Gommes des poumons chez un nouveau-né), von L. M. Bonnet. (Soc. nat. de Méd. et des Scienc. méd., Sitzung vom 15. VI. 1921. — Lyon méd., 1922, Nr. 1.) Die Fälle sind sehr selten. Der anatomische Befund war typisch, die übrigen Eingeweide, besonders Leber und Milz ohne Befund. Nach der Geburt zeigte das nach 2 Tagen verstorbene Kind die für die Lungensyphilis charakteristische Dyspnoë und intensive allgemeine Zyanose. E. Levin-Berlin.

Gastro-jekorales Syphilom (Syphilome gastro-hépatique), von A. Florand und A. L. Girault-Paris. (Presse méd., 1921, Nr. 85, S. 841.) Ein 45jähr. Kellner, der mit 18 Jahren Syphilis akquiriert hatte und nicht recht ausgiebig dagegen behandelt worden war, kam wegen anhaltenden Brechreizes und dadurch bedingter starker Abmagerung zur Behandlung. In der Pylorusgegend fand man einen Tumor von der Größe etwa einer kleinen Mandarine. Bestätigung durch Röntgenuntersuchung. Auf antisyphilitische Behandlung Besserung. Die Verdickung blieb bestehen, wenn auch in geringem Umfang. Laparotomie. Neben syphilitischen Prozessen am linken Leberlappen fand sich ein ausgedehntes Syphilom, das sowohl mit dem Magen wie mit der Leber zusammenhing. Gastro-Enterostomie. Weiterbehandlung mit intravenöser Verabreichung von Quecksilber cyanat. Günstiger Verlauf. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Leberfieber infolge von Gumma der Leber (Hepatic Fever Due to Gumma of the Liver), von G. A. Friedman-New York. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 8.) 55jähr. Patientin ohne Syphilisanamnese, unter Fieber und Schmerzen der rechten Seite erkrankt, unter der Diagnose einer rechtsseitigen Pneumonie eingeliefert. Schwellung des rechten Leberlappens klinisch und röntgenologisch nachgewiesen, Verbreiterung der Aorta, WR ++++. Schnelle Besserung durch Schmierkur. E. Levin-Berlin.

Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida in der männlichen Harnröhre bei primärer und sekundärer Syphilis, von E. Friedländer-Breslau. (B. kl. W., 1921, Nr. 48, S. 1410.) 120 Patienten — 50 mit primärer, 40 mit sekundärer Lues und 30 Nichtluetiker wurden auf Spirochätenbefunde in der Harnröhre untersucht. Die Kontrolluntersuchungen an den Nichtluikern — über die Methode der Untersuchung siehe das Original — ergaben niemals Spirochäten. Bei Untersuchung der 50 Patienten mit primärer Lues ist es besonders bemerkenswert, daß Verf. in 18 seronegativen Fällen niemals, in 32 seropositiven achtmal Spirochäten gefunden hat. Es wurden nur solche Patienten untersucht, bei denen der Primäraffekt in einiger Entfernung vom Orifizium war, so daß keine Verunreinigung mit Spirochäten möglich ist. Bei den Sekundärluetikern konnte Verf. zwölfmal Spirochäten einwandfrei, wenn auch in sehr geringer Zahl nachweisen. In einzelnen Fällen fand Verf. auch urethroskopisch sichtbare Veränderungen — im Primärstadium etwa „stecknadelkopfgroße, kaum vorspringende Inselchen mit weißlicher Verfärbung oder kleine Schleimhauterosionen, umgeben von einem weißgrauen, leicht erhabenen Belag", im Sekundärstadium „weißlich graue, wenig vorspringende Stellen, häufig mit einer hyperämischen Randzone". Verf. faßt die Harnröhre als Prädilektionsstelle prodromaler sekundärer Effloreszenzen, „prodromaler Papeln", auf. Es wird dadurch die Schwierigkeit zwischen primärem und sekundärem Stadium zu scheiden aufs neue bewiesen. Verf. weist auf die Möglichkeit hin, daß Männer ohne sonstige Erscheinungen durch Spirochäten der Harnröhre infektiös sein können, daß es möglich ist, daß Spirochäten dem Sperma bzw. dem Urin beigemengt seien. Die praktische Bedeutung der vorliegenden Untersuchungen ist nach Verf. eigener Ansicht gering und käme vielleicht nur forensisch für den Fall der Infektion einer Frau durch einen äußerlich symptomlosen Mann in Frage. E. Langer-Berlin.

Orchitis syphilitica, eine Neubildung vortäuschend, von M. Zeissl-Wien. (W. kl. W., 1921, Nr. 48, S. 583—584.) Ein wegen seines Verlaufes bemerkenswerter Fall von Hodensyphilis. Ein Kollege hatte 1878 ein Ulkus am Penis gehabt. Irgend welche Zeichen der Syphilis wurden von Hebra und ihm selbst nicht beobachtet. Nach 2 Jahren entwickelten sich schmerzhafte Hydrozele und Fieber. Der Hoden tastete sich glatt an, Nebenhoden und Samenstrang zeigten keine Veränderungen; die linke Kubitaldrüse war taubeneigroß geschwollen; der übrige Körper sonst o. B. Der Kollege, der Karzinom mit Metastase in der Kubitaldrüse mutmaßte, drang auf Operation. Das

Digitized by Google

exzidierte Hodenstück wurde im pathologischen Institut als syphilitisches Gewebe erkannt, die Diagnose durch den Erfolg von Schmierkur und Jodbehandlung bestätigt.
H. Soltmann-Leipzig.

Maligne Syphilis des Uterus (Syphilis maligne de l'utérus), von G. Gellhorn. (Nach einem Referat in Ann. des mal. vénér., 1921, Nr. 9, S. 574.) 17jähr. Mädchen, das durch Kachexie zum Exitus kam. Bei der Obduktion fand sich das Collum uteri in ein einziges großes Geschwür verwandelt, in dem sich reichlich Spirochäten und Gonokokken fanden.
K. Glaser-Berlin.

Gumma syphiliticum ovarii, positiver Spirochätenbefund, von Paul v. Kubinyi-Szeged und Béla Johan-Budapest. (Zbl. f. Gynäk., 1922, Nr. 2, S. 57.) Bisher ist es noch nicht gelungen, Spirochäten in den Ovarien Erwachsener nachzuweisen, obgleich Bab in den Ovarien Neugeborener Spirochäten nachweisen konnte, da es sich hier stets um eine Teilerscheinung einer allgemeinen Spirochätensepsis handelt. Verff. konnten einen Fall von knotisch-gummöser Syphilis im Ovarium beobachten, bei dem in den Gummiknoten Spirochäten mittels der Levaditi-Färbung nachgewiesen werden konnten. Es handelt sich um eine 29jähr. Frau, die seit 9 Jahren verheiratet ist. Im ersten Jahre spontaner Abort im 3. Monat; seitdem keine Konzeption mehr. Seit $1^1/_2$ Jahren profuse Blutungen, oft alle 14 Tage. Vor 1 Jahre Ausschabung ohne größeren Erfolg. Bei der jetzigen Krankenhausaufnahme findet sich ein rechtsseitiger $1^1/_2$ faustgroßer elastischer Adnextumor, der hinter dem Uterus den ganzen Douglas ausfüllt. Laparotomie: Mächtige Hydrosalpinx und vergrößerter Eierstock wird weggenommen. Pat. erholt sich schnell, Blutungen regelmäßig, Arbeitsfähigkeit kehrt zurück. Der Eierstock, der wegen Verdacht auf Tuberkulose an das Pathologische Institut Budapest eingesandt wurde, zeigt eine typische Granulationsgeschwulst, zahlreiche Bindegewebsfasern im nekrotischen Gewebe und starke Bindegewebsfaserbildungen am Rande, zahlreiche Gefäße und Fibroblasten. Die Diagnose Gumma syphiliticum wurde durch das Auffinden des Erregers in zwei dem Präparat entnommenen Gewebsstückchen, die nach Levaditi gefärbt waren, sichergestellt. Die Untersuchung der Frau ergab, daß die WR positiv war, für ihren Mann aber negativ ausfiel. Es handelt sich also um eine latente Lues bei der Frau.
A. Rosenburg-Berlin.

Prognostische Richtlinien bei isolierten syphilogenen Pupillenstörungen, von G. L. Dreyfus-Frankfurt a. M. (M. Kl., 1921, Nr. 51, S. 1539.) Die exakte Untersuchung läßt zwar Pupillenstörungen auch als aus endogenen (Diabetes) und exogenen (Morphinismus, Alkoholismus) Ursachen entstanden erkennen, aber bei weitem die Mehrzahl aller Fälle von reflektorischer Pupillenstarre und sonstigen Abnormitäten ist auf Syphilis zurückzuführen, die nach D.s Beobachtungen durchaus nicht ganz selten dem Patienten unbewußt verlaufen ist. Die kritische Untersuchung von 107 Kranken mit isolierten Pupillenstörungen von sicher syphilitischer Genese lieferte u. a. folgende Ergebnisse: Prognostische Schlüsse lassen sich lediglich aus der Liquorbeschaffenheit ziehen, je nachdem dieselbe positive oder negative WR ergibt. Dabei ist zu unterscheiden, ob der negative Ausfall auf kürzlich durchgeführte Behandlung zurückzuführen ist (sekundär negativ) oder als primär, d. h. ohne Behandlung oder auf Grund von Behandlung ganz alten Datums zu bezeichnen ist. Liquorpositiv waren fast doppelt so viele der Fälle mit isolierten Pupillenstörungen als liquornegativ. Besonders beachtenswert ist, daß von der Gesamtsumme der liquorpositiven fast ein Drittel seronegativ war, ein Beweis für die Unzuverlässigkeit der Blutuntersuchung bei Nervensyphilis. Das Krankheitsbild dieser Fälle wird ergänzt durch nervöse subjektive Erscheinungen: Kopfschmerzen, Flimmern vor den Augen, Kreuzschmerzen, vage Magenbeschwerden u. a. Aus tabellarischen Zusammenstellungen ergab sich ferner, daß bei weitem die meisten liquorpositiven Fälle im Alter von 30—39 Jahren standen — sie ergeben auch quoad vitam die relativ ungünstigste Prognose. Eine weitere Tabelle zeigt, daß bei etwa 50% der Patienten jede Kenntnis einer überstandenen Syphilis geleugnet wurde. Herzbeschwerden wurden kaum geklagt, aber objektiv wurde bei 37 Fällen sichere Aortitis nachgewiesen, darunter 12 seronegative. Die weitere Beobachtung dieses Krankenmaterials in einem Zeitraum von 11 Jahren bestätigte den großen prognostischen Unterschied zwischen den liquornegativen und den liquorpositiven Fällen. Erstere wiesen auch nach dem mehrere Jahre später erfolgenden Exitus am Gehirn nur die Zeichen eines abgelaufenen Prozesses auf, die liquorpositiven dagegen bei makroskopisch unverändertem Gehirn die mikroskopischen Vorgänge eines noch floriden Prozesses.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Über einen klinisch und anatomisch untersuchten Fall von Meningitis cerebrospinalis acuta syphilitica (mit positivem Spirochätenbefund) im Frühstadium der Lues, von Nonne-Hamburg-Eppendorf. (M. Kl., 1921, Nr. 50, S. 1501.) Ausführlicher, durch 5 Abbildungen ergänzter Bericht über einen 48jähr. Mann, der im Herbst 1920 wegen frischer Lues ausgiebig mit Schmierkur, Salvarsan- und Hg-Injektionen behandelt worden war und 6 Monate nach erfolgter Infektion wieder zur Aufnahme kam mit meningitischen Erscheinungen, deren Vorboten sich bereits 2—4 Monate zuvor bemerkbar gemacht hatten. Trotz sofort eingeleiteter Hg- und Salvarsanbehandlung erfolgte der Exitus 10 Tage nach der Aufnahme. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur quartären Syphilis des Zentralnervensystems, von F. Lesser-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 25, S. 750.) Verf. erinnert daran, daß er schon 1904 auf das Vorkommen von bindegewebigen Wucherungen und Parenchymatrophien an verschiedenen Organen bei Syphilitikern im Spätstadium hingewiesen hat (Hodenschwiele, Hepar lobatum, Glossitis interstitialis usw.) und ihre Rubrizierung unter der Bezeichnung quartäre Syphilis gefordert hat. Solche Prozesse dürften sich wohl bei der Mehrzahl aller Syphilitiker in den spätesten Jahren nach der Infektion an den inneren Organen entwickeln. Auch Tabes und Paralyse weisen Prozesse dieser Art auf. Bei diesen Affektionen interessiert zur Zeit am meisten die praktisch bedeutsame Frage, in welchem Stadium der Syphilis der Keim zu ihrer Entstehung gelegt wird. Der positive Liquorbefund im Frühstadium gestattet keine Schlußfolgerung auf die größere Wahrscheinlichkeit des späteren Einhaltens der Erkrankung des Zentralnervensystems; vielmehr liegt die Vermutung nahe, daß gerade das Fehlen eines positiven Liquorbefundes auf eine wenig kräftige Abwehrreaktion hindeutet und eine geringe Resistenz des Zentralnervensystems beim weiteren Verlauf der Krankheit. Damit würde übereinstimmen die längst bekannte Beobachtung, daß Tabes sich vorwiegend im Anschluß an sogenannte leichte Fälle von Syphilis anschließt. Die bei der Syphilis sich entwickelnde Immunität gegen neue Infektion ist eine histogene und ist an das Vorhandensein von Spirochäten gebunden, und ein Organismus, der mit kräftigen Abwehrerscheinungen an der Haut reagiert, wird solche auch an den inneren Organen aufweisen; daher wird sich eine starke Organimmunität ausbilden, so daß die Syphilis einerseits häufiger ausheilt, andererseits die Organe von den tiefer greifenden Spätrezidiven verschont bleiben. Da nun aber jederzeit Spirochäten durch den Blutstrom in das Zentralnervensystem verschleppt werden können, darf man das Ergebnis des Lumbalpunktats nicht ausschließlich als Richtschnur für die Prognosenstellung in bezug auf die Wahrscheinlichkeit einer späteren Erkrankung des Zentralnervensystems ansehen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den klinischen Verlauf der progressiven Paralyse im Senium, von H. Herschmann-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 41, S. 1225.) Verf. hat das klinische Material einer 10jähr. Periode der Wagner-Jauregg'schen Klinik bearbeitet. Er konnte 24 Fälle verwenden, 58 männlichen, und 26 weiblichen Geschlechts im Alter von mehr als 60 Jahren; unter ihnen 4 Fälle, bei denen erst jenseits des 70. Lebensjahres das Leiden zum Ausbruch kam. Von den Kranken wurden 66 bis zu ihrem Tode in der Anstalt beobachtet, 18 wurden wieder in häusliche Pflege entlassen. Bei 22 war Marasmus als Todesursache verzeichnet, im Status paralyticus starben 8, bei den anderen sind Pneumonie, Myokarditis und andere Komplikationen angeführt. Das klinische Bild bot viele verschiedene Formen dar, auffallenderweise in besonderer Häufigkeit die paranoide Form. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Sugillationen bei Tabes, von H. Pinčas. (B. kl. W., 1921, Nr. 52, S. 1530.) Verf. macht auf ein selten beschriebenes Phänomen im Verlaufe der Tabes aufmerksam, und zwar teilt er 3 Fälle mit, bei denen während der Tabes in unregelmäßigen Zwischenräumen und mit wechselnder Intensität Hautblutungen hauptsächlich an den unteren Extremitäten aber auch am Stamm aufgetreten sind, ohne daß sich gleichzeitig Schmerzen oder irgend welche anderen Erscheinungen zeigten. Als Grund für diese Sugillationen nimmt er eine syphilitische Gefäßerkrankung am peripheren Gefäßrohr, besonders an Kapillaren an. E. Langer-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. Mai 1922 | Nr. 21 | Band 74

Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. Kreibich).

Wind- und Kälteurtikaria bei Lues hereditaria.

Von

Dr. Richard Wagner, 1. Assistent.

Der 17jähr. Tischlerlehrling A. T. kommt am 3. I. 1922 zur Ambulanz der Klinik. An den unbedeckten Körperstellen, Gesicht und Händen, hat er weiße, derbe Urtikariaquaddeln, einzelnstehend, von der Größe einer Linse bis zur Größe eines Pfennigstückes. Jede Quaddel ist von einem lebhaft roten Hof umgeben. Der erste Eindruck ist der einer Wanzenurtikaria, bei näherem Zusehen fehlt jedoch die zentrale Stichreaktion. Auf Befragen gibt der Pat. an, daß er bereits als Kind bei geringen Temperaturschwankungen gefröstelt habe. Bei mäßigem Frost, ja selbst im Sommer bei scharfem Wind brannte ihm nach kurzem Aufenthalt im Freien das Gesicht und zeigte fleckenhafte Rötung. Im vergangenen Sommer hatte er das erstemal einen juckenden Ausschlag am ganzen Körper. Dieser trat nach einem Bad im Freien auf und bestand in einer Rötung der Haut mit eingestreuten weißen Erhebungen. Der Ausschlag wiederholte sich in der Folge unter gleichen Bedingungen, wenn nach einem Bad im Flusse der feuchte nackte Körper einem starken Wind ausgesetzt war. Seit Beginn des Winters bemerkt der Pat. die gleichen Erscheinungen im Gesicht und an den Händen, wenn er an leicht frostigen und windigen Tagen sich im Freien bewegt. Bei der Arbeit werden zeitweise die Hände befallen, wenn er Möbel mit einer spirituösen Schellacklösung einlassen muß. Blutharnen hatte er nie, trotzdem er zur Kriegszeit oft ganze Nächte um Brot und Kohle stehen mußte. Seine Verdauung ist in Ordnung, Medikamente hat er nie genommen. Mit 13 Monaten hatte er eine Lungenentzündung, mit 5 Jahren Masern, seither öfters Bronchitiden. Status somaticus: Pat. ist unterernährt und anämisch. Über der linken Lungenspitze besteht eine leichte Schalldämpfung. Sonstiger Organ- und Nervenbefund normal. Die Extremitäten kalt, leicht akroparetisch. WR +++, klinisch keine Anzeichen von Lues.

Anamnese der Mutter: Die 47jähr. Frau ist seit 21 Jahren verheiratet und war vor der Ehe stets gesund gewesen. Sie hat folgende Geburten und Totgeburten durchgemacht: 1. Totgeburt im 8. Monat; 2. Totgeburt eines ausgetragenen Kindes; 3. Frühgeburt im 2. Monat angeblich durch Unfall; 4. ausgetragenes, schwächliches Kind, unser Pat. — im 7. Lebensmonate hatte er einen Ausschlag am ganzen Körper, der wie Windpocken aussah, jeglicher Behandlung trotzte, schließlich aber von selbst abheilte; 5. Kind rachitisch; 6. Kind bisher gesund.

Von einer Ansteckung ist der Frau nichts bekannt; die ihr geschilderten Anzeichen einer manifesten Lues hat sie nie an sich beobachtet. Seit dem Jahre 1907 leidet sie an zeitweise auftretenden reißenden Schmerzen in den Füßen, denen sich bald ein ausgesprochenes Gürtelgefühl hinzugesellte. Die Anfälle treten in letzter Zeit gehäuft auf und verursachen ihr schlaflose Nächte. — Klinischer Befund: Miosis 3 mm, leicht entrundete Pupillen, r. P. $<$ l., Lichtreaktion beiderseits gering. Konvergenzreaktion beiderseits prompt. P. S. R. u. A. S. R. beiderseits fehlend. Hypotonie beider Beine. Beim Romberg leichtes Schwanken. Hypalgesie an den Extremitäten. Diagnose: Tabes.

Der Vater des Knaben leugnet jegliche Infektion, ist zur Blutentnahme nicht erschienen. Die WR beim 5. und 6. Kind ist negativ, beide zeigen klinisch keine Zeichen von Lues, keine Stigmen. Ihre Geburt fällt in die Zeit, da bei der Mutter — laut Anamnese — bereits typische Anzeichen der Tabes dorsalis (lanzinierende Schmerzen) bestanden.

Digitized by Google

Über das Auftreten der Urtikaria bei unserem Pat. orientieren folgende Versuche:

Am 4. I. wird der Pat. bei 2° Kälte und Windstille in den Garten des Spitals geschickt. Nach $^3/_4$stündigem Spaziergang kehrt er zurück und zeigt an der linken Wange vier Quaddeln im Ausmaß von $^1/_2$—$1^1/_2$ cm, die porzellanweiß und stark eleviert inmitten hellroter Höfe sitzen; sie jucken stark. Im warmen Krankenzimmer verschwinden Quaddeln und Rötung in $^3/_4$ Stunden, die Haut wird völlig normal.

Am 5. I. Temperatur 0°, leichter Wind. Pat. sitzt unter Aufsicht eines Arztes im Freien und hat die Unterarme und Unterschenkel entblößt. Nach 5 Min. beginnt er zu frösteln. In der 23. Min. klagt er über Brennen im Gesicht, kurz nachher treten vereinzelte rote Flecke auf, in denen innerhalb der nächsten 14 Min. Quaddeln aufschießen. In gleicher Weise kommt es auch an der Radiuskante beider Unterarme, über den Waden und Fußrücken zu Quaddelbildung. An Händen und Füßen ist die Akroparese deutlich ausgesprochen; die prodromalen Flecke erscheinen lebhaft ziegelrot in livider Umgebung. — Es besteht starkes Jucken. Im warmen Zimmer werden die Quaddeln anfangs weißer und elevierter. Sie verschwinden im Verlauf einer Stunde, und zwar im Gesicht und an den Unterarmen rascher als an den unteren Extremitäten.

Am 6. I. wird die Provokation der Urtikaria mittels kaltem Fön und Kelenspray versucht. Auf ersteren keine Reaktion, Kelen erzeugt nach flüchtiger Einwirkung eine lang dauernde Hyperämie, jedoch keine Quaddel. Ein Handbad in Eiswasser von 4—5° ruft bei 10 Min. Dauer eine fluxionäre, rasch schwindende Hyperämie der eingetauchten Partien, jedoch keine Urtikaria, keine Ödeme hervor. Bei diesen Versuchen gibt der Pat. spontan an, daß ihm zum Auftreten der Erscheinungen das allgemeine Frostgefühl fehle.

Auf Grund unserer Erhebungen handelt es sich um einen Hereditärluetiker, bei dem es unter dem Einfluß der Kälte zu Urtikariaeruptionen kommt. Das Bestehen einer latenten paroxysmalen Kältehämoglobinurie, in deren Begleitung mehrfach Urtikaria beschrieben wurde, konnte nicht erwiesen werden. Wiederholte Harnuntersuchungen boten hierfür keine Anhaltspunkte; auch das Blut des Pat. war frei von Kältehämolysin.

Es ergibt sich nun die Frage, auf welche Ursachen wir die Urtikariaanfälle zurückführen können?

Joltrain spricht sich in einem ähnlichen Fall von Ermüdungsurtikaria dahin aus, daß die Urtikaria durch Zerfall von körpereigenem Eiweiß, also durch toxische Einflüsse in Erscheinung tritt. Auch bei unserem Pat. schien es von vornherein nicht ausgeschlossen, daß durch die Kälteeinwirkung derartige Abbauprodukte entstünden. Das Auftreten dieser Toxine, mögen sie nun von eigenem oder eingeführtem fremdem Eiweiß herrühren, manifestiert sich nach Widal in einer hämoklastischen Krise. Wir haben unseren Pat. vor und nach den Urtikariaeruptionen diesbezüglich untersucht, das Resultat war ein negatives. Nur nach $^1/_2$stündigen lokalen Eisbädern fanden wir leichte Alterationen im Sinne einer hämoklastischen Krise; um so merkwürdiger war es, daß diese lokalen Kältereize keine Urtikaria hervorriefen.

Hieraus müssen wir schließen, daß in vorliegendem Falle Eigeneiweißtoxine, durch Kälte entstanden, pathogenetisch nicht in Betracht kommen. Berücksichtigen wir weiterhin die hereditär-syphilitische Belastung des Pat., so müssen wir den Einfluß derselben auf Gefäß- und Nervensystem in den Kreis unserer Erwägung ziehen.

Eine erhöhte Gefäßpermeabilität als Zeichen einer Gefäßwanderkrankung ließ sich weder durch einfache Stauung (das Endothelsymptom war immer negativ), noch durch prolongierte Stauung und Kälteeinfluß nachweisen. In letzterer Hinsicht orientierte uns folgender Versuch:

Digitized by Google

Wir stauten dem Pat. den linken Arm und Fuß mit Esmarchbinden und setzten ihn bei 2° Wärme, leichtem Wind und Regenschauer ins Freie. Von der 27. Min. angefangen traten im Gesicht und an den entblößten Extremitäten Urtikariaquaddeln auf, ohne daß sich in ihrer Eruptionszeit ein Unterschied zugunsten der gestauten Gebiete feststellen ließ.

Wir glauben daher, daß die syphilitische Infektion hauptsächlich eine Schädigung des Gefäßnervensystems zur Folge hatte, und daß demnach die Urtikaria des Knaben als eine Vasoneurose aufzufassen ist.

Interessant ist hierbei die Tatsache, daß der gemeinsame Spirochätenstamm bei der Mutter zur Tabes geführt hat, also gewissermaßen seine Neurotropie erwiesen hat.

Therapeutisch versuchten wir anfänglich Seruminjektionen, jedoch ohne Erfolg. Erst nach Neosalvarsaninjektionen trat eine weitgehende Besserung auf, und zwar insofern, als die Eruptionen seltener wurden und schließlich unter den geschilderten Bedingungen ganz ausblieben. Heute hat der Knabe bereits 3 g Neosalvarsan (WR ++++); die Urtikaria tritt nur noch auf, wenn er sich stark erhitzt und plötzlich abkühlt.

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Dirigierender Arzt: Prof. Dr. BUSCHKE).

Erfahrungen mit der Trübungs-Flockungsreaktion nach DOLD.

Von

Dr. F. JACOBSOHN.

Die Möglichkeit praktischer Bedeutung der von DOLD (1) angegebenen Trübungs-Flockungsreaktion hat uns veranlaßt, diese Methode nachzuprüfen. Nachfolgend berichten wir über 497 Untersuchungen von Seren, davon 470 gleichzeitig nach WASSERMANN, SACHS-GEORGI und DOLD untersuchten und 27 Seren, die aus äußeren Gründen nur nach WASSERMANN und DOLD untersucht werden konnten.

Die DOLDsche Reaktion (DR) ist lediglich eine modifizierte SGR. Man arbeitet mit cholesteriniertem Rinderherzextrakt in der Verdünnung 1 : 11 statt 1 : 6, indem man 0,4 [1]) unverdünntes, $^1/_2$ Stunde bei 55° C inaktiviertes Serum mit 2 ccm dieser Extraktverbindung mischt. Zu jedem Versuchsröhrchen wird eine Serumkontrolle angesetzt, in die obiger Extraktverdünnung entsprechend verdünnter 96%iger Alkohol kommt, und zu jeder Versuchsreihe tritt eine Extraktkontrolle (0,4 physiologische Kochsalzlösung + 2 ccm Extraktverdünnung 1 : 11), sowie ein sicher positives und ein sicher negatives Testserum. Neuerdings empfiehlt DOLD (2), Extrakt- und Serumkontrollen wegzulassen und neben jedem Versuchsröhrchen ein zweites anzusetzen, das sich nur durch den Zusatz von zwei Tropfen,

[1]) Die Reaktion läßt sich übrigens ebensogut mit halben Dosen ansetzen. — Unserer wissenschaftlichen Hilfsarbeiterin Frl. KROCKER bin ich für ihre Mitarbeit zum Dank verpflichtet.

Digitized by Google

1 : 3 mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnten, 35 %igen Formalins von dem eigentlichen Versuchsröhrchen unterscheidet. Das Serum Syphilitischer zeigt dann nach einem Aufenthalt von zwei Stunden im Brutschrank und weiteren zwei Stunden bei Zimmertemperatur[1]) eine nach dem Grade der Reaktion verschieden starke Trübung, sowie nach etwa zwölf Stunden eine feine bis grobe Flockung, wie eine positive SGR. Der positive Reaktionsausfall wird nach dem Grade der Trübung nur nach + und ++ unterschieden. Die Ablesung und Erkennung auch feinerer Trübungen bietet nach einiger Übung keine Schwierigkeiten, sofern man bei der Beurteilung schwach positiver Ausfälle gleichzeitig jedesmal das Versuchsröhrchen zusammen mit Serum- und Extraktkontrolle gegen einen dunkeln Hintergrund hält. Man lernt auch leicht die in allen Röhrchen auftretende Opaleszenz von der charakteristischen Trübung syphilitischer Seren unterscheiden. Bei etwaigen Zweifeln wird der Vergleich des Versuchsröhrchens und seiner Serumkontrolle mit dem positiven und negativen Testserum in den weitaus meisten Fällen die Frühablesung als Trübungsreaktion leicht ermöglichen. Die von Dold jetzt angegebene Formalinkontrolle soll das Ablesen angeblich noch weiter erleichtern, da der Formalinzusatz bewirkt, daß die Trübung in den Kontrollröhrchen geringfügiger bleibt als in den positiv ausfallenden Versuchsröhrchen, so daß der Unterschied zwischen positiv und negativ noch schärfer ins Auge treten soll. Indessen haben wir auch ohne die Formalinkontrolle keine Schwierigkeiten bei der Ablesung der Trübungsreaktion gehabt und können daher keineswegs die Erfahrungen Pohlmanns (3) bestätigen, der die DR als Trübungsreaktion verwirft und nur als Flockungsreaktion gelten läßt. Vielmehr haben wir uns wiederholt überzeugen können, daß Kollegen, denen die DR vorher ganz unbekannt gewesen war, auf Befragen ohne Schwierigkeit aus den Versuchsreihen die charakteristisch getrübten Seren bezeichnen konnten. Deshalb sei nicht gesagt, daß die DR angesichts der einfachen Technik und der wenigen zu ihrer Ausführung nötigen Reagentien geeignet ist, vom praktischen Arzt oder Spezialarzt in der Sprechstunde ausgeführt zu werden. Denn genau so wie die Bewertung schwach positiver und verdächtiger Resultate auch bei der WR eine große Übung erfordert, ist eine solche auch für die Erkennung schwach positiver Trübungsreaktionen nicht überflüssig. Die Deutung stark positiver Reaktionen, die einer kompletten oder fast kompletten Hämolysehemmung oder einer grobflockigen Agglutination entsprechen, ist wenigstens nach unseren Erfahrungen keiner Schwierigkeit unterworfen. Für die Bewertung der DR ist die Erfahrung Winklers (4) von Wichtigkeit, die wir bestätigen können, nämlich, daß Sera, die bei der Frühablesung keine sicher verwertbare Trübung zeigten, öfter am nächsten Morgen unter dem Agglutinoskop eine feine Flockung erkennen lassen. Wir selbst fanden sogar ganz vereinzelt Seren, die am ersten Tage gar keine Trübung aufwiesen, dagegen nach zwölf Stunden ganz starke Flockung. Daher halten wir mit Winkler eine zweimalige

[1]) Dold empfiehlt jetzt, die Reagenzglasgestelle vier Stunden im Brutschrank zu lassen. Wir selbst haben Versuche gemacht, die Proben nach nur vier Stunden Aufenthalt bei Zimmertemperatur abzulesen, und haben keine wesentlich schlechteren Resultate gesehen als bei Aufenthalt der Röhrchen bei Blutschrank- + Zimmertemperatur.

Digitized by Google

Ablesung aller am ersten Tage nicht deutlich getrübten Seren doch für notwendig[1]). Damit ist der praktische Wert der DR als Methode zur Frühablesung natürlich eingeschränkt. Jedoch stehen wir auf dem Standpunkt, daß man auch bei der WR am Versuchstage nur die sicher positiven Resultate, also die kompletten oder fast kompletten Hemmungen, als positiv herausgeben soll, während man die Beurteilung von mehr oder minder starken Schleiern erst am nächsten Tage unter Vergleich mit entsprechenden Testseren und unter Berücksichtigung etwaiger Nachlösungen der Ambozeptor- und Komplementvorversuche vornehmen sollte. Es scheint also die DR Mängel zu haben, die in etwas anderer Hinsicht auch der WR anhaften, als deren Ersatz ja die DR auch kaum gedacht ist. Dafür haben wir aber den Eindruck gewonnen, daß die DR der SGR erheblich überlegen ist. Ferner ist und bleibt es ein Vorteil, eine Reaktion zu besitzen, die bei einfacher Technik in ihren sicher positiven Resultaten gleichzeitig mit der WR am Versuchstage selbst abgelesen werden kann.

Zahlenmäßig hatten wir folgende Resultate:

Von 470 gleichzeitig nach WR, SGR und DR untersuchten Seren zeigten 389 Übereinstimmung (83 %).

Von den übrigen 81 Seren waren:

nicht übereinstimmende	DR mit WR und SGR	25 (5,5 %)
„ „	DR mit SGR, aber mit WR übereinstimmend	37 (7,8 %)
„ „	DR mit WR, aber mit SGR übereinstimmend	18 (3,8 %)

Was die Reaktionsbreite der DR anbetrifft, so scheint die neue Reaktion etwas schärfer zu sein als die SGR und damit die WR. Sie bietet also die Gefahr, bei nicht syphilitischen Seren positiv auszufallen. Wir haben jedoch bei 40 Seren Tuberkulöser keine einzige unspezifische Reaktion gesehen. Bei einem dieser Sera war die DR positiv, bei negativer WR und SGR. Die daraufhin von uns veranlaßte Nachuntersuchung ergab, daß in diesem Falle neben der Tuberkulose eine Lues bestand. Hinsichtlich des Ausfalles der DR bei Tuberkulose haben wir also nicht die Resultate Winklers, der bei Seren Tuberkulöser häufig eine positive Reaktion gesehen hat.

Bei 60 Patienten, die mit der Diagnose Gonorrhoe bzw. Zervikalkatarrh, Fluor, z. B. Gonorrhoe, aufgenommen waren, ergab die DR im Gegensatz zur WR und SGR in 4 Fällen ein positives Resultat ohne anamnestische oder klinische Anzeichen von Lues. Bei 3 weiteren unter gleicher Diagnose aufgenommenen und allein nach Dold positiven Fällen ergab nachträglich die genauere Anamneseerhebung das Vorliegen einer Lues latens.

Von 20 Fällen von Ulcus molle ohne Drüsenschwellung war je einmal WR, SGR und DR im Gegensatz zu den beiden anderen Reaktionen allein positiv. Unter 11 Fällen von Ulcus molle mit Bubo ing. war einmal die DR und zweimal die SGR allein positiv.

[1]) Dold (5) verlangt jetzt die Benutzung eines speziell eingestellten und ausprobierten Extraktes von bestimmten Dispersitätgrad, weil manche für die SGR hergestellten Extrakte für die Trübungsreaktion sich nicht eignen.

Digitized by Google

Von 3 zur serologischen Untersuchung gekommenen Skabiesfällen war 1 nach Dold schwach positiv ohne Anzeichen von Lues.

Von den 27 Seren, die nur nach WR und DR untersucht wurden, waren 4 nicht übereinstimmend, darunter 3 allein nach Dold positive Seren von sicher Syphilitischen und 1 nur nach Wassermann positiver Fall von Tabes.

Im übrigen orientieren über den Wert der DR und über die Häufigkeit unspezifischer Ausfälle der Reaktionen diese Zahlen nicht völlig. Vor allem muß man berücksichtigen, daß angesichts der Zusammensetzung unseres Materials mit Sicherheit eine bestehende Lues latens kaum ausgeschlossen werden kann. Deshalb scheinen uns die für die DR ausgesprochen günstig ausgefallenen Serumuntersuchungen von 40 Tuberkulösen (s. o.) wesentlicher für die Beurteilung der Brauchbarkeit der DR. Am wertvollsten scheint uns indessen die vergleichende Betrachtung **aller** divergierenden Resultate der drei angestellten Reaktionen unter Berücksichtigung der bei der Aufnahme gestellten, vorläufigen klinischen Diagnosen und der im Laufe der Behandlung gemachten Erfahrungen über die Bewertung der einzelnen Fälle der Serumuntersuchungen, verglichen mit dem klinischen Verlauf. Die folgenden Tabellen lassen erkennen, wie unter diesem Gesichtspunkte die DR in der Praxis oft allein, oft gemeinsam mit der WR, jedenfalls häufiger als die SGR der Indikator einer bestehenden Lues gewesen ist.

Tabelle I.

Nr.	Anfangs-diagnose	Anamnese, Symptome usw.	DR	WR	SGR
1	Lues I	(Spir. pall. +.) 14 Tage nach Beginn der Kur, bei dem alle drei Reaktionen stark + gewesen waren	−	+	+
2	„	Seronegativ. P. A. (Spir. pall. +), positive Schwankung nach der zweiten Neosalvarsaninjektion	++	+++	−
3	„	Seronegativ. P. A. (Spir. pall. +), nach der zweiten Neosalvarsaninjektion	++	+	−
		nach 6 Tagen	++	+++	−
		nach 8 Tagen	++	+++	−
4	„	Spir. pall. +	++	+++	−
5	„	Extragenit. P. A. (Spir. pall. +)	++	+++	−
6	„	Multiple P. A. (Spir. pall. +), jetzt am Ende der ersten kombinierten Kur, zu deren Anfang alle drei Reaktionen stark positiv gewesen waren	++	+++	−
7	„	Oedema induratum (Spir. pall. +)	+	+	−
8	„	P. A., Spir. pall. +	++	+++	−
9	„	P. A. (Spir. pall. +)	−	+	−
10	„	Spir. pall. nicht nachgewiesen, klinisch typischer P. A.	++	−	++
11	„	Klinisch typischer P. A., beim Kassenarzt mit drei Neosalvarsaninjektionen behandelt	++	−	++

Digitized by Google

Die Betrachtung der divergierenden Ergebnisse ergibt folgendes:

Tabelle I (Lues I): 10mal SGR negativ, davon 9mal allein, 1mal mit DR bei stets positiver WR; 2mal negative WR bei gleichzeitig positiver DR und SGR; 2mal negative DR, davon 1mal bei gleichzeitig positiver WR und SGR und 1mal bei gleichzeitig negativer SGR.

Die DR erscheint in diesen Fällen daher der WR mindestens gleichwertig und der SGR weit überlegen.

Tabelle II.

Nr.	Anfangs-diagnose	Anamnese, Symptome usw.	DR	WR	SGR
1	Ulcus mixt.	Spir. pall. +, Scleraden. ing. indol.	++	+++	–
		10 Tage später in der Kur	++	+++	+++
2	„ „	Spir. pall. +	++	++	–
3	„ „	Spir. pall. +	++	–	+++
		4 Tage später nach 0,3 Neosalvarsan bei gleichzeitiger HERXHEIMERscher Reaktion	++	+++	+++
4	„ „	Scleraden. ing. indol. sin., Spir. pall. negativ	++	++	–
5	Ulcus mixt., Phimose, Bubo	Sklerose der Kranzfurche, in der allerdings auch histologisch Spir. pall. nicht gefunden wurden	++	–	–
6	Ulcus mixt.	Scleraden. ing. bilat. indol., suspekte Inkubationszeit	+	–	–
7	Phimose	Subpräputial klinisch und histologisch typischer P. A. Sp. pall. nicht gefunden	++	–	–
8	Ulcus mixt.	Sp. pall. +	++	–	–
		8 Tage später nach Neosalvarsan 0,45	++	–	–
		weitere 3 Tage später nach zusammen Neosalvarsan 0,9	++	–	–
9	Ulcus mixt.	l. c. Ende Mai 1921. Nach 8 Wochen Sp. pall. im Drüsenpunktat positiv bei negativer WR und SGR; 5 Tage nach Beginn der Kur positive Schwankung der WR bei negativer SGR. Nach weiteren 6 Tagen WR, SGR und DR (letzterer vorher nicht angestellt) positiv. Jetzt am Ende der Kur	+	–	–
10	Phimose	Subpräputial histologisch typischer P. A. bei negativem Spirochätenbefund Nach Beginn der Kur Auftreten einer Roseola.	++	–	–
11	Ulcus phagedaen.	Sp. pall. nicht gefunden (nach der ersten Hg-Injektion HERXHEIMERsche Reaktion)	++	+	–
		am Ende der Kur nach Rückgang aller Symptome	+	+	–
12	Entzündliche Phimose	Sehr verdächtige Inkubationszeit und Induration. Sp. pall. nicht gefunden. Pat. verließ vorzeitig das Krankenhaus	++	–	+++

Tabelle II (Ulcera mixta): Bei allen 12 Fällen und 16 Untersuchungen kein einziger DOLD-Versager, hingegen 10mal negative WR (in 8 Fällen), 2mal bei gleichzeitig positiver DR und RGR. SGR 13mal negativ, davon 8mal gemeinsam mit der WR und 5mal allein negativ.

Digitized by Google

Selbst wenn die Fälle 5 und 6 hinsichtlich ihrer syphilitischen Ätiologie zweifelhaft sind, geht doch aus dem Vergleich der übrigen Fälle dieser Tabelle das bessere Anzeigen der DR im Vergleich zu den beiden anderen Reaktionen hier ohne weiteres hervor.

Tabelle III.

Nr.	Anfangs-diagnose	Anamnese, Symptome usw.	DR	WR	SGR
1	Lues II	P. A. Sp. pall. +. Scleraden. ing. bilat. indol.	++	—	—
2	„	Am Ende der ersten kombinierten Kur.			
		8 Tage vorher WR und SGR stark positiv, jetzt	++	—	—
3	„	Leucoderma colli. Alopecia specifica	++	—	—
4	„	Neurorezidiv (Fazialislähmung)	++	—	—
5	„	Akneiformes Syphilid, histologisch perivaskuläre Infiltrate, Kur eben begonnen	++	+++	—
		4 Wochen später am Ende der Kur	+	+	—
6	„	Infektion 1920, bisher eine kombinierte Kur, Plaques und Skleraden. bilat. ing. indol.	++	+++	—
7	Ikterus	Unklare Anamnese (nach weiteren 3 Wochen spezifisches Exanthem bei durchweg stark positiver Seroreaktion)	++	+	—
8	Lues II	Abheilende Papeln ad anum, Leukoderm	++	+++	—
9	„	Oedema indurativum, universelles Exanthem, WR und SGR stark positiv, jetzt am Ende der Kur bei noch nicht ganz zurückgegangenen Erscheinungen	++	++	—
10	„	Bei Beginn der Kur Papeln ad anum und völlig positiver Ausfall aller drei Reaktionen, jetzt am Ende der Kur	++	+	—
11	„	Roseola	++	+++	—
12	Icterus syph.	Infektion vor $^3/_4$ Jahren, eine Neosalvarsankur	++	—	++
13	Lues cerebri	Positive Liquorreaktion. Seroreaktion im Blut	++	—	++
		nach Schmierkur von 24 g Ung. ciner.	—	+	—
14	Lues maligna	Papulosquamöses Syphilid der Handteller	++	—	++
15	Lues II/III	Infektion vor 2 Jahren, vor $^1/_2$ Jahr Geschwür am Gaumen, nach spezifischer Kur geheilt, jetzt Polyscleradenitis indol. und spezifisch aussehende Unterschenkelgeschwüre. WR bei Beginn der Schmierkur stark positiv, nach 4 Wochen	++	+	—
16	Lues III	Knochensyphilis, auf Schmierkur und JK gebessert	+	+	—
17	„	Alte Schankernarbe der Glans, abgeheiltes Zungengumma	—	+	+
18	Tabes dors.	Vor 10 Jahren Infektion, klinisch sichere Tabes	++	++	—

Tabelle III (Lues II und III): Von den 18 Fällen und 20 Untersuchungen dieser Gruppe ist 2mal die DR negativ, davon 1mal zusammen

Digitized by Google

mit SGR in dem Fall 13, bei dem sie vor der Schmierkur gemeinsam mit SGR im Gegensatz zur WR positiv war. 7mal sehen wir bei diesen Fällen dagegen negative WR, davon 4mal gleichzeitig mit SGR. Die SGR ist 15mal negativ, davon 1mal gemeinsam mit DR, 4mal mit WR und 11mal allein. Auch hier ist also die DR mehr als die WR und bei weitem mehr als die SGR Indikator syphilitischer Prozesse.

Tabelle IV.

Nr.	Anfangs-diagnose	Anamnese, Symptome usw.	DR	WR	SGR
1	Lues latens	Polyscleradenit. univers.	++	++	−
2	„ „	Vor 1 Jahr WR +++	++	−	−
3	„ „	Infektion vor 1/2 Jahr; seit der ersten kombinierten Kur seronegativ, jetzt Umschlag, der ebenfalls anfänglich negativen DR nach der zweiten Kur	++	−	−
4	„ „	Infektion vor 1 Jahr, nur eine kombinierte Kur, Scleradenit. cervicalis et ing. indol.	−	−	++
5	„ „	Infektion vor 2 Jahren, bisher 3 Kuren, WR stets positiv	++	+++	−
6	„ „	Letzte Kur vor 9 Jahren, jetzt nachts starke Kopfschmerzen, sonst o. B.	++	+++	−
7	„ „	Gut behandelte Lues seit Jahren symptomlos und seronegativ	−	−	+
8	„ „	Infektion vor 1 Jahr, eine Kur, bisher stets positiv	++	+++	−
9	Lues lat. und Ulcus molle	Vor 1 Jahr Lues cerebri, jetzt Mitte der dritten Kur, an derem Anfang WR und SGR stark positiv gewesen waren, nach DR damals noch nicht untersucht	++	+	−
10	Lues latens	Am Ende der dritten Kur Infektion vor 1 Jahr, seitdem keine klinischen Symptome	++	++	−
11	„ „	Vor 1/2 Jahr Keratitis parenchymatosa, die auf spezifische Kur zurückging, z. Zt. ohne Symptome	−	+++	−
12	„ „	1918 Luesinfektion, nur eine kombinierte Kur, WR vor 2 Jahren positiv	++	−	++
13	„ „	Am Ende der ersten Kur (bei deren Beginn Papeln ad anum Roseola, WR und SGR stark positiv)	+	−	+
14	„ „	Infektion vor 3/4 Jahren, eine Kur im seronegativen Stadium, z. Zt. keine Erscheinungen	−	−	+

Tabelle IV (Lues latens): Bei der Betrachtung dieser 14 Fälle divergierender Serumreaktionen ist die Bewertung der DR naturgemäß schwieriger als bei den vorigen Gruppen. Denn es kommt hier nicht sosehr auf das zahlenmäßige Verhältnis an, sondern darauf, wieweit die einzelnen Reaktionen hier das Nichterlöschtsein der Infektion wahrscheinlich machen oder als sicher hinstellen und in welchem Grade sie unbegründet den Untersuchten für noch infiziert erklären. So scheint vor allem die

Digitized by Google

Tabelle V.

Nr.	Anfangs-diagnose	Anamnese, Symptome usw.	DR	WR	SGR
1	Ulcus molle, Bubo ing. sinist.	Dezember 1914 Lues I seronegativa, 4 Neosalv. plus 7 Hg, seitdem klinisch und serologisch o. B., kommt am 5. 10. 21 mit typischem Ulcus molle und Ulcus molle-Bubo. Seroreaktion	++	±	—
		am 8. 10. nach völliger Heilung des Ulcus molle und des Bubo	++	—	+++
2	Ulcera mollia	Typ. Ulc. mollia, kein Verdacht auf Lues	—	—	+
3	„ „	„ „ „ „ „ „ „ „	—	—	+
4	„ „	„ „ „ „ „ „ „ „	—	—	+
5	„ „	„ „ „ „ „ „ „ „	+	—	+
6	„ „	„ „ „ „ „ „ „ „ nach 3 Tagen alle drei Reaktionen negativ.	—	+++	—
7	Go. anterior acuta	Vor 1 Jahr suspektes Ulkus der Glans, jetzt Scleraden. bilateral indol.	+	—	—
8	Go. ant. et post. u. Balanitis	o. B.	+	—	—
9	Go. ant. et post.	o. B.	+	—	—
10	Go. ant et. post.	o. B.	+	—	—
11	Go. ant. et post.	o. B.	+	—	—
12	Go. ant. et post.	Von einer Infektion nichts bekannt, äußerst suspekte Narbe der Glans, vom Pat. angeblich bisher nicht bemerkt	++	—	—
13	Go. ant. et post.	Infektion vor 2 Jahren zugegeben, bisher eine Kur	++	—	—
14	Fluor	o. B. — 3 Tage später alle drei Reaktionen negativ	—	—	++
15	Go. ant. et post.	1917 Luesinfektion. 1918 WR positiv, seitdem immer negativ	++	+	—
16	Go. ant. et post.	Lues congen. vor 5 Wochen, seitdem Go.; plejadenförmige, beiderseitige, indolente Leistendrüsenschwellung	++	+++	—
		4 Tage später	++	+++	—
		weitere 5 Tage später nach 0,5 Hg-Salv.	++	+++	+++
17	Spitze Kondylome	o. B.	+	—	+
18	Spitze Kondylome	o. B.	+	—	+
19	Tonsillitis	Verdacht auf P. A. Bisher alle drei Reaktionen dreimal negativ. Scleraden. indol. cubitalis. Verließ vorzeitig das Krankenhaus	+	—	—
20	Skabies	o. B.	+	—	—
21	Impetigo cont.	o. B.	—	—	++
22	Nagelekzem	o. B.	—	++	—

Digitized by Google

allein und schwach positive SGR in den Fällen 7 und 14 als unspezifisch bewertet werden zu müssen, während sie stärker positiv, im Fall 4, mit ziemlicher Sicherheit für Lues spricht und die beiden anderen Reaktionen hier zu versagen scheinen. Im Fall 11 muß man hingegen der WR mehr Bedeutung zukommen lassen als den beiden anderen Reaktionen, während die WR im Fall 12 wahrscheinlich und im Fall 13 sicherlich einen Versager darstellt. Die DR hat bei dieser Gruppe auch zwei sichere Versager, nämlich in Fall 4 und 11. In den Fallen 1—3 ist die allein stark positive DR mit Wahrscheinlichkeit der Ausdruck einer bestehenden Syphilis, mit Sicherheit ist sie es gemeinsam mit der WR in den Fällen 5, 6, 8, 9 und 10 und in den mit SGR positiven Fällen 12 und 13. — Es ist also nicht zuviel gesagt, wenn man die DR auch für diese Gruppe für mindestens den beiden anderen Reaktionen ebenbürtig erklärt.

Tabelle V (nichtsyphilitisch scheinende Affektionen): Das für die vorige Gruppe Gesagte gilt im verstärkten Maße für diese letzte Gruppe, die am besten die Frage nach der Spezifität der DR beantworten läßt. Für ihre Beurteilung ist natürlich das zahlenmäßige Verhältnis der sicher unspezifischen Resultate der drei Reaktionen zueinander von Wichtigkeit.

Fall 1. Die erst allein, ein zweites Mal zusammen mit SGR stark positive DR ist wahrscheinlich hier das Anzeichen noch bestehender Lues.

Fall 2—6. Bei Fehlen jeglicher Anzeichen von Lues ist 3mal SGR allein, 1mal DR und SGR, 1mal WR allein positiv.

Fall 7 und 19 ist in seiner Bewertung zweifelhaft.

Fall 8—11 scheint für unspezifischen Ausschlag der DR zu sprechen.

Fall 14 ist in gleichem Sinne gegen die SGR zu verwerten.

Fall 12 und 13. Die DR scheint hier ein besserer Indikator für eine latente Lues zu sein als die beiden anderen Reaktionen.

Fall 15 und 16 lassen zugunsten der DR und auch der WR keinen Zweifel zu, daß hier eine Lues vorliegt.

Fall 17, 18. Scheinbar unspezifischer Ausschlag für DR und SGR.

Fall 20 unspezifisch scheinende DR.

Fall 21 unspezifisch scheinende SGR.

Fall 22 unspezifisch scheinende WR.

Mehr läßt sich natürlich aus den 22 Fällen nicht sagen, als daß in 16 Fällen, in denen kein Anzeichen von Lues bestand,

die DR 6mal (3mal allein, 3mal mit SGR),

die WR 2mal allein,

die SGR 8mal (darunter 5mal allein, 3mal mit DR)

positiv war.

Soweit man daraus einen Schluß ziehen kann, indem man die Möglichkeit des Bestehens einer Lues latens in diesen Fällen nicht berücksichtigen will, ergibt sich also, daß die DR öfter als die WR und nicht ganz so oft als die SGR „zu scharf" anzeigt. Praktisch bedeutet es, daß eine allein schwach oder stark positive DR beim Fehlen klinischer Symptome nicht die Veranlassung abgeben darf, einen Patienten zum Syphilitiker zu stempeln, was ja auch für die Verwertung allein einer positiven WR oder SGR beim Fehlen klinischer Symptome selbstverständlich sein soll.

Zusammenfassend kann man also sagen, daß die an 497 Seren gemachten Erfahrungen ergeben haben, daß die DR eine technisch leicht

Digitized by Google

ausführbare, gut ablesbare Reaktion ist, die mit der WR weitgehendere Übereinstimmungen zeigt als die SGR. Es empfiehlt sich, auf die SGR zu verzichten und neben der WR die DR auszuführen, da letztere am nächsten Tage zum zweiten Male als Agglutinationsreaktion genau wie die ursprüngliche SGR abgelesen werden kann und durch die von Dold angegebene Modifikation bessere Übereinstimmungen mit der WR erzielt werden, als bei der ursprünglichen SGR. Des weiteren bietet die DR den Vorteil, daß sie als Trübungsreaktion am Versuchstage selbst gleichzeitig mit der WR abgelesen werden kann und in ihren sicher positiven Resultaten mit der WR weitgehende Übereinstimmungen zeigt.

Literatur.

1. M. Kl., 1921, Nr. 21. — 2. D. m. W., 1922, Nr. 8. — 3. M. m. W., 1921, Nr. 42. — 4. M. Kl., 1921, Nr. 51. — 5. M. Kl., 1922, Nr. 7.

Fachzeitschriften.

The Urologic and Cutaneous Review.

November 1921.

Pathogenese, Symptomatologie und Therapie des Ekzems im Kindesalter (Pathogenesis, Symptomatology and Therapy of Eczema in Childhood), von Erwin Pulay-Wien. S. 639—654. (Fortsetzung aus dem Oktoberheft.) Für den Facharzt nichts Neues.

Die Behandlung der Furunkulose bei Kindern (The Treatment of Furunculosis in Infants), von Hans Langer-Charlottenburg. S. 654—656. Die Furunkulose hat bei Kindern eine größere Neigung, sich über den ganzen Körper auszubreiten, sie erfordert ein aktiveres Vorgehen, Eröffnung sämtlicher Abszesse. Bäder, desinfizierende Waschungen der Haut. Kräftige Ernährung und Berücksichtigung der häufig zugrunde liegenden konstitutionellen Störungen. Vakzinetherapie hat sich klinisch bewährt, obwohl bei jungen Säuglingen eine Bildung von Antikörpern nicht nachweisbar ist.

Schwellung der Corpora cavernosa bewirkender Saugapparat (A Suction Device for Distending the Corpora cavernosa), von Edgar G. Ballenger und Omar F. Elder-Atlanta, Ga. S. 656—658. Der abgebildete Apparat, der im wesentlichen aus einem durch strömendes Wasser evakuierten Zylinder besteht, kommt besonders bei psychisch bedingten Formen von Impotenz in Betracht, indem er den Patienten die Fähigkeit des Gliedes zur Erektion vor Augen führt.

Ein Fall von primärem Rundzellensarkom der Niere beim Erwachsenen (A Case of Primary Round Celled Sarcoma of the Kidney in an Adult), von Edward F. Behr-Fort Dodge, Iowa. S. 658. Die Fälle sind selten, die Symptome oft unklar; frühzeitige Nephrektomie, vorausgesetzt, daß die andere Niere normal ist.

Einige Beobachtungen über Diagnose und Behandlung der Syphilis (Some Observations on the Diagnosis and Treatment of Syphilis. From a Study of about 1000 Cases), von Neil Moore-St. Louis, Mo. S. 659—665. Die Sklerosen waren häufig multipel; Beobachtungen extragenitaler Infektionen. Wichtigkeit fortlaufender Urinuntersuchungen: während der Behandlung auftretende Albuminurien, die auf Magnesiumsulfat und Auslassen von zwei oder drei Behandlungen nicht schwinden, sind als syphilitisch anzusprechen. Hauterscheinungen mit negativem Wassermann kommen nicht vor, sind dann stets nichtsyphilitischer Natur. Durch Resorption des Quecksilbers bei örtlicher Behandlung ausgedehnter Geschwüre kann das Eintreten einer positiven Reaktion verhindert werden. Die Untersuchung der Spinalflüssigkeit gibt häufig positive Resultate bei negativer Blutreaktion. Verf. glaubt keinen geheilten Fall von Syphilis gesehen zu haben, tritt trotzdem für chronisch-intermittierende Behandlung ein; bei der Wahl zwischen Quecksilber und Salvarsan zur alleinigen Behandlung gibt er ersterem den Vorzug, und zwar besonders in der Form der Injektion löslicher Salze (Sukzinimid-

Digitized by Google

Quecksilber). Ein Teil der Fälle wurde durch Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit als zerebrale Lues erkannt und intraspinal behandelt.

Eine niederländische Darstellung eines seine Kunst auf dem Marktplatze laut anpreisenden Steinschneiders (A Dutch Representation of a Lithotomist who is Crying his Recomendation of himself at the Market Place), von ALFRED MARTIN-Bad Nauheim. Die aus der ersten Hälfte des 17. Jahrhunderts stammende Darstellung, von der eine Abbildung gegeben wird, trägt die Unterschrift: „Populus vult decipi. T volck wil bedroghen zyn."

Das Vorkommen von Pyelitis und Nierensteinen bei Prostatikern (The Occurence of Pyelitis and Renal Calculi in Prostatics), von EMIL E. HEIM-St. Louis. Da das Vorkommen nicht selten ist, muß vor jeder Prostatektomie nicht nur eine Funktionsprüfung der Nieren, sondern auch eine Röntgenaufnahme, eventuell eine Katheterisierung der Ureteren erfolgen.

Dezember 1921.

Gamasoidosis (Vogelmilbendermatitis) (Gamasoidosis Fowl Mite Dermatitis), von NOXON TOOMEY-St. Louis, Mo. Die Erkrankung ist früher vielfach mit Pedikulosis verwechselt worden. Die verschiedenen in Frage kommenden Erreger (Dermanyssus gallinae, D. hirundinis, Liponyssius sylviarum, L. bacoti, Laelaps echidninus, L. stubularis, Holothyrus coccinella) werden beschrieben und z. T. abgebildet. Die Krankheit heilt meist in kurzer Zeit spontan, nur der besondere „mollnskoide" Typus ist hartnäckiger. Für die Behandlung wird eine Naphtol-Teersalbe und Karbol-Kampfer-Petroleum-Mischung empfohlen.

Die unbewußte Macht des alten Symbolismus (The Unconscious Power of Ancient Symbolism), von LEE ALEXANDER STONE-Chicago, Ill. (Fortsetzung aus der Oktobernummer.) Zum kurzen Referat nicht geeignet.

Indikationen und Technik des retrograden Katheterismus (The Indications for and Appropiate Technique of Retrograde Catheterisation), von RUDOLPH BONN-Frankfurt a. M. Der retrograde Katheterismus von der eröffneten Blase aus bietet in schwierigen Fällen große Vorteile auch für die Diagnose und sollte häufiger, als es der Fall ist, angewendet werden.

Ureterozele oder Zyste des unteren Ureterendes (Ureterocele or Cyst of Lower end of Ureter), von LEO L. MICHEL. Zusammenstellung der in der Literatur vorhandenen Fälle. Der Mechanismus der Bildung ist noch nicht geklärt.

Wichtige Punkte der Syphilisdiagnose (Important Points in the Diagnosis of Syphilis), von CHARLES WATTERSTON-Birmingham, Alamba. Kurzer, dem Facharzt nichts Neues bietender Überblick mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis des Nervensystems und der inneren Organe.

Harnröhrenausfluß, hervorgerufen durch Symbiose von Spirillum und Vibrio (A Urethral Discharge Due to the Symbiosis of a Spirillum and Vibrio), von T. LATANE DRISCOLL-Richmond, Virginia. In einem klinisch einer Blennorrhoe gleichendem Falle fanden sich an Stelle von Gonokokken Spirillen und fusiforme Bakterien wie bei gangränöser Balanitis, erosiver Vulvitis und Angina PLAUT-VINCENT.

Verschluß des Vas deferens und Methode seiner Behandlung (Occlusions of the Vas Deferens with Method of Treatment for Same), von H. KING WADE-Hot Springs, Arkansas. Verschlüsse des Vas deferens machen sich häufig bei der Vasotomie störend bemerkbar. Sie sitzen zum großen Teil im unteren Drittel des Vas deferens, so daß es leicht ist, von einer unterhalb des Verschlusses angelegten Inzision aus eine Silberdrahtbougie durch sie hindurchzuführen. E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

b. Pathologie und Klinik.

Mammasekretion und -krisen bei Tabes, von H. BIBERSTEIN-Breslau. (Klin. W., 1922, Nr. 2, S. 68.) Zu den vier bisher in der Literatur nur beschriebenen Fällen Mammasekretion und -krisen bei Tabes fügt Verf. einen fünften hinzu, der durch die kritischen Exazerbationen der Schmerzen besonders interessant ist. Im übrigen fand sich

Digitized by Google

im vorliegenden Falle einer sicheren Tabes bei einer 42jähr. Frau, bei der auf Grund der gynäkologischen Untersuchung Gravidität auszuschließen ist, ein Anschwellen der Brüste und unter heftigen Schmerzen eine ununterbrochene Sekretion einer Flüssigkeit, die makro- und mikroskopisch Milch entsprach. Während die Sekretion eine dauernde war, traten die Schmerzen nur krisenartig auf. E. Langer-Berlin.

Epiphyseolysis humeri nach kongenitaler Lues, von J. Vas-Budapest. (Orv. Hetilap, 1921, Nr. 18.) Das 2 Monate alte Kind wird als Luetiker gegen Osteochondritis behandelt. Die Anschwellungen heilten an den rechten oberen und linken unteren Extremitäten anstandslos. Fünf Jahre später zeigte die linke Schulter eine abnormale Konfiguration, und der Kranke konnte den Oberarm über die horizontale Stellung nicht heben. Bei der Betastung ist der Kopf des Humerus abgelöst zu fühlen. Das Röntgenbild zeigt das Zurückbleiben der Diaphyse im Wachstum, während die Epiphyse weiter wuchs. M. Porosz-Budapest.

Die angeborene Frühsyphilis im Knochensystem, die Osteochondritis und Periostitis syphilitica congenita in ihren Beziehungen zur Spirochätenverbreitung, von Paul Schneider, Path. Inst. Heidelberg. (Virch. Arch., 1921, Bd. 234, H. 2—3, S. 378—455.) An einem Leichenmaterial von 41 Fällen von L. cong., darunter 12 mazerierten oder frischen Totgeburten, 7 bald nach der Geburt Gestorbenen, 22 Säuglingen im Alter bis zu 3 Monaten und darüber, hat Sch. systematisch die Pathogenese der angeborenen Knochensyphilis untersucht. Die Ergebnisse stützt Verf. auf umfangreiche Protokolle und Tabellen, die durch ausgezeichnete Abbildungen ergänzt werden. In eingehender Darstellung der Spirochätenverbreitung im Knochensystem und ihres Variierens, je nach der Form der angeborenen Syphilis, erörtert Verf. die Summe der Bedingungen, welche die Spirochätenverbreitung im Fötus und Neugeborenen gegenüber der erworbenen Syphilis auszeichnet, und weist darauf hin, daß dieselbe systematisch und typisch verläuft. Ausführlich wird das Verhältnis von Spirochätose und Gewebsreaktion besprochen, für das „einerseits Spirochätenmenge und ihr Zerfall, andererseits die Reagibilität der Gewebe ausschlaggebend" sind. Daher wird auch am Knochen an der Knorpelknochengrenze und am Periost von der Ossifikationsbucht ab die Gewebsreaktion am prägnantesten, die wir als Osteochondritis bzw. Periostitis syphilitica cong. kennen. Verf. hält im übrigen die kalkgitterbildende und die granulationsgewebebildende Form der Osteochondritis nur für verschiedene Reaktionstypen, wie er auch manche Verschiedenheiten der Knochenerkrankungen im verschiedenen Lebensalter durch zeitlich verschiedene Reaktionsfähigkeit des Gewebes erklärt. Bei der Periostitis unterscheidet Verf. zwischen einer spezifischen Frühperiostitis, kallösen Periostitis und einer sekundären, reparativen Spätperiostitis. Zum Schluß bespricht Sch. die angeborene Spätsyphilis des Knochensystems, die er als „Lokalrezidiv der kongenitalen frühsyphilitischen Knochenerkrankungen" auffaßt. F. Jacobsohn-Berlin.

Zu der Abhandlung: „Zur physiognomischen Erkenntnis der kongenitalen Syphilis in der zweiten und dritten Generation, nebst allgemeinen Schlußfolgerungen hieraus, von Dr. Ernst und Marta Kraupa in Teplitz", von P. Kranz-Frankfurt a. M. (Zbl. f. inn. Med., 1921, Nr. 51, S. 977.) Verf. wendet sich unter Zitierung Hutchinsons selbst gegen die von E. u. M. Kraupa aufgestellte Behauptung, vier Zahndeformitäten bei kongenitaler Syphilis beobachtet zu haben, nämlich 1. Unregelmäßigkeiten in der Zahnstellung, 2. Fehlen einzelner Zähne, 3. Verkümmerung der Zähne und 4. Hutchinson-Zahntypen der Schneide- und Eckzähne. Verf. macht darauf aufmerksam, daß Hutchinson nur die oberen Schneidezähne für charakteristisch hält. Er berichtet fernerhin, daß er bei 60 sicher kongenital-luetischen Pat. nur 14 mal „suspekte" und nur 1 mal „typische" Hutchinson-Zähne fand, während er unter 36 sicher luesfreien Pat. mit Hypoplasien 6 mal „suspekte" und ebenfalls 1 mal „typische" Hutchinson-Zähne fand. Verf. konnte fernerhin im Tierexperiment nachweisen, daß es infolge Aussetzen oder Verminderung der Sekretion innersekretorischer Drüsen sehr leicht zu Zahnmißbildungen kommt, wie sie bei Rachitikern und tetaniekranken Pat. sehr häufig gefunden werden. Die relativ häufige Erkrankung der innersekretorischen Drüsen bei kongenital Syphilitischen (Bab) erklärt es, daß auch relativ häufig bei diesen Pat. Zahn- und Kieferanomalien gefunden werden. Von für kongenitale Lues pathognomonischen Zahn- und Stellungsanomalien kann aber deshalb nicht die Rede sein, besonders da selbst der Hutchinson-Zahn, nur wenn er als Teil der Trias auftritt, ein einwandfrei sicheres Zeichen für Lues ist.

A. Rosenburg-Berlin.

Digitized by Google

c. Ätiologie.

Experimentelle Studie zur syphilitischen Heredität (Étude experimentelle de l'hérédité syphilitique), von C. Levaditi, A. Marie und L. Isaïcu. (Compt. rend. des séances de la Société de Biol., Bd. 85, S. 342.) Eine Kaninchenhäsin mit syphilitischen Papeln am Genitale (Übertragung durch sexuellen Kontakt) wirft 7 Junge, von denen 2 überleben. Die Mutter geht ein; es finden sich Spirochäten nur in den vaginalen Partien, nicht in den anderen Organen. Nach einiger Zeit werden diese zwei Abkömmlinge gleichzeitig mit zwei anderen Kaninchen mit Syphilis infiziert, und alle vier Tiere bekommen zu gleicher Zeit spirochätenhaltige syphilitische Produkte, d. h. die Tiere haben von ihren syphilitisch infizierten Eltern die Syphilis nicht geerbt, sondern sind gesund geboren und haben andererseits keinerlei Schutzstoffe gegen Lues, sondern reagieren auf die Injektion mit Syphilis vollkommen wie andere gesunde Versuchstiere. Es besteht also vom Standpunkt der Heredität ein fundamentaler Unterschied zwischen der experimentellen (auch der Spontanspirillose) und der menschlichen Syphilis. K. Glaser-Berlin.

Untersuchungen zur Frage der spontanen Kaninchenspirochätose (Recherches sur la spirochétose spontanée du lapin), von C. Levaditi, A. Marie und Isaïcu. (Compt. rend. des séances de la Société de Biol., Bd. 85, S. 51.) Die Verff. studierten die pathologische Histologie, den Übertragungsmodus, die Virulenz und die mögliche Chemotherapie und kommen zu folgenden Resultaten: die Spontanspirillose der Kaninchen stellt sich als eine ausgesprochen lokale Erkrankung dar, die durch Kontaktinfektion (meist beim Geschlechtsverkehr) übertragen wird, wobei die Haarfollikel eine besondere Rolle zu spielen scheinen, die für die Menschen nicht pathogen ist und durch Wismutsalze oder Neosalvarsan geheilt werden kann. K. Glaser-Berlin.

Die Wirkung des Wismut auf die Syphilis und die Trypanosomen-Nagana (Action du bismuth sur la syphilis et sur la trypanosomiase du Nagana), von Sazerac und Levaditi. (Compt. rend. des séances de l'Acad. des sciences, Bd. 172, S. 1391.) Die Verff. berichten über Tierversuche, die sie mit Na-K-Wismuttartrat bei Syphilis und Nagana gemacht haben, und kommen zu dem Resultat, daß dieses Mittel, intramuskulär oder subkutan injiziert, bei der experimentellen Kaninchensyphilis wie auch bei der Spontanspirillose der Kaninchen von gutem Erfolge begleitet ist, während die Resultate bei der Naganakrankheit geringer anzuschlagen sind. K. Glaser-Berlin.

Die Wirkung des Wismut auf die Trypanosomen-Nagana (Action du bismuth sur le Trypanosome du Nagana), von R. Sazerac und C. Levaditi. (Compt. rend. des séances de la Société de Biol., Bd. 85, S. 430.) K. Glaser-Berlin.

Die Virulenz der Spirochäte der spontanen Kaninchenspirillose für den Menschen (Virulence pour l'homme du spirochète de la spirillose spontanée du lapin), von C. Levaditi, A. Marie und S. Nicolau. (Compt. rend. des séances de l'Acad. des sciences, Bd. 172, S. 1542.) Levaditi und Nicolau impften sich am 18. März 1921 mit Skarifikation Kaninchenspirochäten ein. Die WR der Geimpften vom gleichen Tage ist negativ. Sie impften am selben Tage einen Affen (Macaccus cynomolgus) und ein Kaninchen. Das Kaninchen zeigte am 13. Tage charakteristische Erscheinungen am Präputium, die reich an Spirochäten sind. Mensch und Affe bleiben gesund, und die WR bleibt dauernd negativ. Die Verff. kommen zu dem Resultat, daß die Spirochäte der spontanen Kaninchenspirillose (Spirochaete cuniculi Jacobsthal) für den Menschen nicht pathogen ist. K. Glaser-Berlin.

Versuch von Kulturen der Spirochaete pallida in Verbindung mit Gewebselementen (Mikrobiologie. — Tentative de culture du tréponème pâle, en symbiose avec les éléments cellulaires), von M. C. Levaditi-Paris. (Verl. v. Gauthier-Villars.) Sehr spirochätenreiche Hodenstückchen von Kaninchen werden in Kaninchenserum kultiviert und unter Hinzufügen neuer Hodenstückchen aller 4—5 Tage umgebettet, aber schon die dritte Passage bot keinerlei Spirochäten mehr. K. Glaser-Berlin.

Zum Problem der Resistenz der Syphilisspirochäten und der Krankheitserreger überhaupt, von H. Ziemann, Path. Mus. d. Univ. Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 49, S. 1483—1485.) Verf. vergleicht die Resistenz der Spirochäten mit der der Malariaparasiten. Folgende Punkte sind in Erwägung zu ziehen: 1. Die Spirochäten können durch versteckten Sitz in gewissen Organen der Heilwirkung entzogen werden. 2. Es besteht die Möglichkeit, daß der Körper unter gewissen Umständen sich an Hg oder Salvarsan so gewöhnt, daß diese nur mangelhaft oder gar nicht mehr wirken. 3. Die Spirochäten stellen selbst das restistente Moment dar. Verf. hofft, die Kaninchen-

Digitized by Google

syphilis durch Schwächung der Immunkräfte oder durch sehr hohe oder sehr geringe Dosen Salvarsan resistente Spirochäten züchten zu können und damit Klärung in die Geheimnisse der Epidemiologie der Infektionskrankheiten zu bringen.

F. Harry-Berlin.

Spirochätennachweise in abgeheilten syphilitischen Mundplaques, von A. Schebele-Leipzig. (M. Kl., 1921, Nr. 39, S. 1176.) Die Untersuchung der unter Neosalvarsanbehandlung abgeheilten Plaques in der Mundhöhle ergab in 28 Fällen ein glatt negatives Resultat; in 8 Fällen wurden kurze Spirochäten und in 4 Fällen Mischpräparate angetroffen, niemals aber fanden sich ganz einwandfrei typische Pallidaformen. An noch intakt erscheinenden Stellen der Mundschleimhaut hat Sch., entgegen den Angaben von Gussmann, bei der Untersuchung von 12 Fällen auch im wesentlichen negative Resultate erhalten; nur in 2 Fällen fanden sich Mischpräparate, während bei den 10 anderen Spirochaeta pallida nicht angetroffen würde.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Lebensdauer der Spirochaeta pallida nach verschiedenen Behandlungsmethoden, von J. Rubin und S. Szentkiralyi-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1921, Nr. 27.) Das Reizserum wurde in Dunkelfeldbeleuchtung untersucht, nach Abschluß des Deckglases mit Schellackalkohol behutsam aufbewahrt und die Bewegungen der Spirochäten beobachtet, bis der Stillstand eintrat. Die nur mit Quecksilber behandelten Fälle zeigten keine direkte Spirillozidie, nur eine Absorption der Infiltrate. Bei Salvarsanbehandlung nahmen die Spirochäten, die 20—30 Stunden vorher in Bewegung waren, in einigen Stunden an Zahl ab; nach langsamer gewordenen Bewegungen waren sie in 24 Stunden verschwunden.

M. Porosz-Budapest.

d. Serologie.

Über paroxysmale Hämoglobinurie und Syphilis, zugleich ein Beitrag zum Problem der Erkältungskrankheiten, von John Burmeister-Hamburg-Barmbeck. (Zschr. f. kl. M., 1921, Bd. 22, H. 1—3, S. 19—40.) Anamnestische und klinische Merkmale für Lues in 30% der Fälle, während die WR in 95% positiv ist. Nach dem Verhalten der Kältehämolysine in vitro gegenüber Lipoiden: Lezithin, Cholesterin usw. rufen wahrscheinlich erstere auch ohne Anwesenheit normaler Syphilisreagine einen positiven Ausfall hervor. Experimenteller Beweis dieser Vermutung durch Entfernung der Kälteambozeptoren aus dem vorher WR positivem Serum, wodurch ein negativer Ausfall erzeugt wird (Versuch von Moro-Noda). Durch Bindung der Kälteambozeptoren an korpuskuläre Lipoide und nachherige Dissoziation bei 37° in NaCl 0,85% lassen sich erstere isolieren. Die isolierten Ambozeptoren geben positive WR. Die Bindung an Erythrozyten findet deswegen in der Kälte statt, weil nur in der Kälte die zur Bindung erforderlichen Erythrozytenlipoide in geeigneter kolloidaler Beschaffenheit vorhanden sind. Die Kälte wirkt durch Schaffung geeigneter Rezeptoren auf die Erythrozyten. Dieser Kälteeinfluß spielt möglicherweise bei Erkältungskrankheiten eine Rolle und zeigt, in welcher Weise die Immunitätsverminderung des Körpers durch Kälte vor sich geht.

H. Soltmann-Leipzig.

Zur Theorie der Serologie der Syphilis, von E. Epstein und F. Paul-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 29, S. 877—880 u. Nr. 30, S. 913—914.) Als Ausgangspunkt der Betrachtung dient die Tatsache, daß der alkoholische Lipoidextrakt nach Meinicke nach Aufstellung der Emulsion mit Aq. dest. keine Spontanflockung, nach Zusatz von Normal- oder Luesserum Flockenbildung zeigte. Wird dagegen die Extraktemulsion mit 2—3% NaCl-Lösung hergestellt, so tritt Spontanflockung ein, die durch Normalserum, nicht aber durch Luesserum verhindert wird. Die Niederschläge in wässerigem Extraktkolloid bestehen aus Globulinen, die in kochsalzhaltigem Medium aus Lipoiden. Letztere Flockung kommt dadurch zustande, daß Luesseren infolge ihrer positiven Ladung (bedingt durch Zunahme des Säuregehalts) zusammen mit den Kationen des NaCl-haltigen Dispersionsmittels das negativ geladene Extraktlipoid ausflocken. Normalseren üben eine schutzkolloidale Wirkung gegen die Eigenflockung der mit Kochsalz aufgestellten Emulsion des Lipoidextraktes aus, die den Luesseren fehlt. Im Luesserum mit seiner positiven Ladung tritt ferner eine Zunahme der Oberflächenspannung infolge gleichzeitigen Auftretens der elektronegativen Lipoidphase ein, die bei den serologischen Reaktionen eine Rolle spielt. Elektrische Entladungen, Änderungen der Oberflächenspannungsverhältnisse, Adsorptions- und Ausflockungsvorgänge sind das Wesen der serologischen Syphilisreaktionen.

F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

Vergleichende Blutuntersuchungen mit den Methoden von Wassermann, Sachs-Georgi und Meinicke (D. M.). II. Mitteilung, von H. Heinemann, Zentralhosp. Petoemboekan-Sumatra. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., Bd. 25, Nr. 11, S. 323—334). Die vergleichenden Blutuntersuchungen ergaben, daß das Resultat der Übereinstimmung zwischen Komplementbindungsreaktion und Flockungsreaktion nicht die aus Europa gemeldeten Resultate erreicht. Verf. führt die Tatsache auf den Malariafehler der Wassermann-Extrakte zurück. Auch die Flockungsreaktionen haben ihren Malariafehler, der jedoch geringer ist. F. Harry-Berlin.

Vergleichende Untersuchungen mit „amtlichen Extrakten" zur Wassermann-Reaktion, von Carl Stern, Akad. Klin. f. Hautkrankh. Düsseldorf. (D. m. W., 1921, Nr. 48, S. 1463—1464.) Unter 574 mit eigenen und amtlichen Extrakten untersuchten Seren zeigten 506 Übereinstimmung. 65 Sera waren mit eigenen Extrakten und nach Sachs-Georgi sowie Meinicke positiv, mit dem amtlichen Extrakt dagegen negativ. Verf. warnt, das Ergebnis mit einem amtlichen Extrakt als das einzig entscheidende aufzufassen. Der Extrakt ist nicht allein für den Ausfall der Reaktion maßgebend, sondern es kommen eine Menge von Faktoren in Betracht, von denen jeder sich rasch unter bisher unbekannten Bedingungen ändern kann. F. Harry-Berlin.

Der serologische Luesnachweis mittels der Flockungsreaktionen nach Sachs-Georgi und Meinicke und der Wassermannschen Reaktion, von M. Schneider-Zittau. (B. kl. W., 1921, Nr. 51, S. 1508.) Die serologischen Reaktionen bedeuten nur ein Symptom für den Kliniker und dürfen von diesem nur im Zusammenhang mit dem klinischen Bilde bewertet werden. Die Flockungsreaktionen, besonders die Sachs-Georgische Methode, können die WR ersetzen; vielfach sind die Resultate der SGR sogar bessere, wenn auch z. B. ein schwacher spätpositiver Ausfall vorsichtig angesehen werden muß. Am besten ist es, die verschiedenen Methoden des serologischen Luesnachweises nebeneinander anzustellen, um durch die reichhaltigere serologische Untersuchung möglichst einwandfreie Ergebnisse zu erhalten. E. Langer-Berlin.

Über die Sachs-Georgi-Reaktion und die „D. M." von E. Meinicke, von Margarete Stern, Univ.-Hautkl. Breslau. (Zschr. f. Imm., 1921, Bd. 32, H. 2.) Vergleichende Untersuchungen an etwa 5000 Seren ergaben eine Übereinstimmung der WR und SGR in 88%. Die 12% betragenden Divergenzen verteilen sich gleichmäßig auf beide Reaktionen. Die SGR ist empfindlicher bei Lues latens und behandelter Lues, die WR stärker bei Lues I und II. Die „D. M." zeigt in 88% Übereinstimmung mit der WR. In 9% der 12% Divergenzen ist die „D. M." schärfer. Die „D. M." ist empfindlicher als WR bei Lues II, Lues lat. und behandelter Lues. F. Harry-Berlin.

Über das Verhalten aktiver Sera beim serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung, von H. Sachs und F. Georgi-Heidelberg. (M. Kl., 1921, Nr. 33, S. 987.) In dieser Arbeit bringen Verff. eine Erklärung für die schon vielfach bemerkte Tatsache, daß die Verwendung von aktivem Serum bei der WR nicht stört, wohl aber bei der Ausflockungsmethode hinderlich wirkt. Mandelbaum hat auf die Bedeutung der Kohlensäurefüllung in dieser Hinsicht hingewiesen, und Sachs hat gezeigt, daß man prinzipiell aktive Sera durch Vorbehandeln mit Salzsäure und in gewissem Grade auch mit Natronlauge so verändern kann, daß sie die für Syphilis charakteristische Reaktionsfähigkeit gewinnen. Nunmehr berichten Verff. über Versuche in bezug auf die Beeinflussung des Serums durch Kochsalzlösungen. Sie fanden, daß während aktive positive Sera bei Verwendung von 0,85%iger NaCl-Lösung fast stets negativ oder nur angedeutet reagierten, sich bei Verwendung einer 1,5%igen NaCl-Lösung mit Gesetzmäßigkeit eine mehr oder weniger stark positive Reaktion ergab, welche durchaus den Ergebnissen bei Verwendung inaktivierter Sera entsprach. Die negativen aktiven Sera sind dagegen auch bei Verwendung einer 1,5%igen Kochsalzlösung negativ. Ferner war zu konstatieren, daß die positive Reaktion im aktiven Serum auch dann hervorgerufen wird, wenn das Extrakt mit 0,85%iger NaCl-Lösung wie bei der gewöhnlichen Anordnung verdünnt und nur durch Verdünnen des Serums mit entsprechender Kochsalzlösung die erforderliche Salzkonzentration geschaffen wird. Daraus ist zu entnehmen, daß die mangelnde Reaktionsfähigkeit des aktiven Serums die Folge einer durch dessen Labilität bedingten Schutzkolloidwirkung ist und demgemäß durch erhöhten Salzgehalt beseitigt werden kann. Damit ist aber nicht gesagt, daß das Arbeiten mit aktivem Serum und 1,5%iger Kochsalzlösung als die zu bevorzugende Untersuchungsmethode empfohlen sein soll. Es kam hauptsächlich darauf an, die Bedeutung der Salzkonzentration des Mediums bei der SGR und D. M. zu betonen und hervorzuheben, daß dem

Digitized by Google

Gegensatz, der im Verhalten des aktiven Serums bei der WR und der SGR besteht, keine grundsätzlich differenzierende Bedeutung zugeschrieben werden kann.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Methodik der Sachs-Georgi-Reaktion, von W. F. Winkler-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 19, S. 566.) Vergleichende Untersuchungen (an 1000 Serumproben) zwischen den beiden Methoden der SGR, ohne und mit Verwendung des Brutschranks, einerseits und den WR I und WR II andererseits ergaben als Hauptresultate: SGR II ist der SGR I in 4,4% überlegen. Der Luesleberextrakt ist schärfer als der cholesterinierte Rinderleberextrakt (8,3%). Die neue Methode der Ausflockung liefert in 5,9% mehr positive oder zweifelhafte Ergebnisse als die WR mit Luesleberextrakt. Bei einem Vergleich mit der WR mit Rinderherzextrakt zeigt sich SGR II sogar in 13% überlegen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Frage der Herkunft der bei den verschiedenen Flockungsreaktionen auftretenden Lipoidflocken, von Paul Niederhoff, Exp.-biol. Abt. des Staatsinst. f. exp. Ther. Frankfurt a. M. (Arb. a. d. Staatsinst. f. exp. Ther. u. d. Georg-Speyer-Hause, H. 14, S. 73—77.) Verf. wendet sich gegen die Beweisführung von Epstein und Paul, daß die ausgeflockten Lipoide wegen der „quantitativen Mächtigkeit des Flockungsniederschlags" hauptsächlich aus dem Extrakt stammen und nimmt für sich in Anspruch, einen hinreichend begründeten Beweis derselben Behauptung erbracht zu haben, indem er die Flocken verschiedener Reaktionen untersuchte, bei denen der gleiche Extrakt, aber verschiedene Seren verwendet wurden. F. Harry-Berlin.

Über die chemische Zusammensetzung der bei den serologischen Luesreaktionen gebildeten Flocken, von E. Epstein und F. Paul-Wien. (D. m. W., 1922, Nr. 3, S. 89—91.) Erwiderung auf die Arbeit von Klostermann und Weisbach in Nr. 37, die in dem ätherunlöslichen Flockungsrest 4 mg Eiweiß gefunden haben. Diese Eiweißmenge ist zum Teil durch einen Versuchsfehler (Waschen der im NaCl-haltigen Medium entstandenen Flocken mit Aq. dest.) in den Versuch gebracht worden, teils dadurch als solche aufgefaßt worden, daß der Stickstoffwert in der ätherunlöslichen Restsubstanz auf Eiweiß berechnet wurde statt auf den im Extrakt vorhandenen Lipoidstickstoff. F. Harry-Berlin.

Aufhebung der Reaktionsfähigkeit luetischer Sera durch Formaldehyd, von H. Dold-Marburg. (D. m. W., 1921, Nr. 49, S. 1485—1487.) Die bei der Trübungsreaktion nach Dold zwischen Seren und Extrakt erfolgende Präzipitation kann durch Formaldehyd gehemmt bzw. aufgehoben werden. Das Formaldehyd reagiert vermutlich mit freien Aminogruppen der Aminosäuren, wodurch die Reaktionsfähigkeit der betroffenen Körper leidet. Ob der Angriffspunkt im Serum oder im Extrakt oder in beiden liegt, konnte nicht entschieden werden. Verf. glaubt, daß Quellungsvorgänge eine wichtige Rolle bei der Präzipitation spielen. F. Harry-Berlin.

Über verschiedenartige Beeinflussung des Liquor Wassermanns bei Inaktivierung mit verschiedenen Hitzegraden, von H. Eicke-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 42, S. 1269.) Bei der Paralyse tritt ein sehr hitzebeständiger Hemmungskörper im Liquor auf, der mit der bei 33%iger Sättigung ausfallenden Englobinfraktion in einem gewissen Zusammenhang zu stehen scheint. Da der bei den übrigen syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems vorkommende Hemmungskörper weniger thermostabil ist, besteht vielleicht die Möglichkeit einer Differentialdiagnose durch Anwendung verschieden abgestufter Inaktivierungsgrade. 5 Paralysen mit negativem Blutwassermann, die im Liquor aktiv positiv reagierten, zeigten bei der üblichen Inaktivierung bei 56° einen negativen Liquorwassermann. Diesen als Paralyse aufgefaßten Fällen kommt daher auch im Liquor eine Sonderstellung zu. Ob sich in diesen Fällen auch im klinischen Bilde gesetzmäßige Abweichungen vom klassischen Verlauf feststellen lassen, bedarf noch der weiteren Untersuchungen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Beziehung der Lueskomplementbindungsreaktion zu den Luesflockungsreaktionen, von H. Dold-Frankfurt a. M. (Arb. a. d. Staatsinst. f. exp. Ther. u. d. Georg Speyer-Hause, H. 14, S. 31—42.) Der Flockungsvorgang, der sowohl der WR als auch der SGR und D. M. nach Meinicke zugrunde liegt, betrifft hauptsächlich die Extraktlipoide. Bei der WR wird die Stärke des Anfangsprozesses der Flockung, bei den anderen beiden Reaktionen die Stärke des Endprozesses gemessen. Durch die Trübungsreaktion nach Dold gelingt es, auch das Anfangsstadium dieses Prozesses makroskopisch sichtbar zu machen. F. Harry-Berlin.

Eine neue Flockungsreaktion bei Syphilis, von Hugo Hecht, D. Derm. Klin. Prag. (D. m. W., 1921, Nr. 49, S. 1487—1488.) Zuerst muß der Extrakt ausgewertet

Digitized by Google

werden (1 g Substanz und 5 ccm Alkohol). Man stellt 4 Reihen zu 6 engen (höchstens 5 mm) langen (etwa 10 cm) Röhrchen auf und setzt je 0,1 ccm alkoholisierten Rinderherzextrakt hinzu. In jedes Röhrchen der 1. Reihe kommt 0,04, der 2. Reihe 0,05, der 3. Reihe 0,06, der 4. Reihe 0,07 ccm einer 9%igen physiologischen NaCl-Lösung. ½ Stunde später füllt man in die Röhrchen jeder Reihe 0,6, 0,7, 0,8, 0,9, 1,0, 1,1 ccm NaCl nach. In 4 Reihen kommt dann 0,1 inaktiviertes WR positives Serum, in 4 anderen Reihen 0,1 Normalserum in jedes Röhrchen, gut mischen und auf 8 Stunden in den Brutschrank stellen. Die richtige Dosis ist die, bei der sich im oberen Drittel der Flüssigkeitssäule bei Lues eine große, lockere, durchscheinende Kugel mit dichtem, weißem Kern gebildet hat. Ist die Extraktverdünnung festgestellt, so wird jedes zu untersuchende Serum in 3 Röhrchen untersucht, deren mittleres die genaue bestimmte Gesamtmenge, eines 0,7 ccm NaCl weniger und eines 0,7 NaCl mehr enthält. Dann Zusatz von 0,1 Serum, nach 8 Stunden (Thermostat) ablesen. Wenn positiv, dann Flockenbildung und Aufhellung in allen 3 Röhrchen. Die Kontrollen bleiben trüb. Im positiven Liquor bildet sich der lockere, durchscheinende Mantel nicht, nur der dichte Kern. Die Resultate sind ungefähr der einer verfeinerten WR gleich.

F. Harry-Berlin.

Erfahrungen mit einigen neueren zur Luesdiagnose angegebenen Methoden und Modifikationen, von W. F. Winkler-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 51, S. 1554.) Die Resultate, welche Verf. aus einer Reihe von vergleichenden Untersuchungen mit der von F. K. Georgi angegebenen Modifikation der Ausflockungsmethode, mit der Kodamaschen Präzipitationsmethode und der Doldschen Trübungsreaktion gezogen hat, schreiben diesen Neuerungen nur relativ wenig Bedeutung zu. Es scheint nach W. bei Ausführung der SGR am zweckmäßigsten, bei der Untersuchung von Lumbalpunktaten mit der ganzen Dosis, d. h. 0,5 Extrakt + 1,0 Liquor, dieselbe anzusetzen; von der 1½fachen Dosis sah W. keine Vorteile, von der halben nur Nachteile. Mit dem Kodamaschen Verfahren hatte er bei sicherer Lues mehrere Versager und häufiges Ausscheiden von Seren wegen Hämolyse und stärkerer Trübung. Das Doldsche Verfahren hat gegenüber der WR den Vorteil der größeren Einfachheit und Reaktionsbreite, dagegen den Nachteil, daß nur in ⅓ der Fälle eine Diagnose am Untersuchungstage abgegeben werden kann, und daß bei ihr neben einzelnen unspezifischen Reaktionen (speziell bei den Serumproben von Tuberkulösen) auch noch mit dem Ausfall einer erheblichen Anzahl der Sera infolge hämolytischer oder trüber Beschaffenheit gerechnet werden muß.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Bedeutung der Sachs-Georgi-Reaktion in der Gynäkologie bei Luslatens-Fällen, von B. Váró-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1922, Nr. 5.) 11 Mütter waren ohne Luesanamnese mit negativer WR, die entweder Frühgeburten, tote Kinder oder mehreremal Abortus hatten. Auf SGR untersucht, gaben sie +++. Wenn die Föten und Kinder nicht für luetisch befunden worden wären, hätte der Verf. die positive Reaktion für unspezifisch gehalten. Auf provokatorisches Verfahren war es möglich, nachträglich eine positive WR hervorzurufen. M. Porosz-Budapest.

Zur praktischen Bedeutung der Hermann-Perutzschen Reaktion auf Syphilis, von Petrow. (Wratschebnojo Djelo, 1919, Nr. 26.) Die bei 400 Syphilitikern angestellte Prüfung ergab, daß die WR im allgemeinen etwas empfindlicher ist als die HPR (58% gegen 56%); im speziellen sind aber die Verhältnisse anders. Im Primärstadium ergab die HPR 29%, die WR 24% positiven Ausfall; dagegen steht erstere der letzteren nach im zweiten und dritten Stadium der Syphilis. Von hohem Interesse ist es, daß unter 400 Fällen 37 mal die HPR sich positiv erwies, wo die WR negativ ausfiel. In allen diesen Fällen handelte es sich in der Tat um Syphilis. Diese Tatsache wird aber dadurch geschmälert, da unter 100 Kontrollfällen sicher nicht luetischer Personen die HPR einmal ein positives Resultat ergab, wo die WR negativ blieb.

A. Jordan-Moskau.

Die Wassermannsche Reaktion am Gebärbett, von Karl Brünner-Braunschweig. (Mschr. f. Geb. u. Gyn., 1922, Bd. 57, H. 1/2, S. 42.) Lorser forderte zur Bekämpfung der Erbsyphilis eine obligatorische Untersuchung des Retroplazentarblutes (= Rpl.). Bald zeigte es sich, daß das Rpl. bedeutend häufiger eine positive Reaktion gab wie das Armvenenblut (Av.). Verf. hat nun bei 650 Fällen Rpl., Nabelvenenblut und Av. untersucht und festgestellt, daß das Rpl. sehr zur positiven Reaktion neigt, und zwar um so mehr, je länger es steht. Im Gegensatz zu Sänger (6%) fand Verf. bei 20% aller Fälle einen positiven Ausfall der Reaktion im Rpl., wo die Av. eine negative Reaktion gab. Als wichtigsten Grund für den positiven Ausfall glaubt Verf.

Digitized by Google

den Bakterienreichtum des Rpl. betrachten zu müssen, da nach NATHAN durch Bakterienwirkung auf das Serum eine positive Reaktion erzeugt wird. Da die keimfreie Gewinnung des Rpl. unmöglich ist, so ist die Unstimmigkeit in länger gestandenem Rpl. durch die überaus gewuchorten Bakterien leicht erklärt. So sehen wir, daß die positive WR des Rpl. allein zur Luesdiagnose nicht ausreicht. Was das Nabelvenenblut anbelangt, so beweist der negative Ausfall nichts gegen Lues; ein positiver Ausfall aber ist ein alarmierendes Symptom und fordert weitere Untersuchungen. — Noch völlig unbekannt sind die Schwankungen, die die WR, angestellt am Av., am Ende der Schwangerschaft und zu Anfang des Wochenbettes durchmacht, derart, daß die positive Reaktion negativ wird und umgekehrt. Fehlen klinische Symptome, so kann man negativen Ausfall des Nabelvenenblutes sowie des Rpl., auch eine negative Reaktion im Av. erwarten. A. Rosenburg-Berlin.

e. Therapie.

Zur Behandlung der Frühsyphilis. Grundsätzliches über Biologie und Methodik, von E. A. ROST-Freiburg i. Br. (Kl. W., 1922, Nr. 3, 4 u. 5, S. 129.) Verf. lehnt die Unterscheidung zwischen seronegativem und seropositivem Primäraffekt ab, da dieser in der sogenannten Primärperiode stets negativ sein müsse, während die seropositive Reaktion bereits das Zeichen einer Generalisierung und Immunkörperbildung sei. Lues maligna wird meist bei Personen mit geschädigtem Allgemeinzustand oder bei solchen, die unter dem Einfluß gewisser Gifte stehen, beobachtet. Frühzeitige Ansiedlung der Lues in inneren Organen, speziell Gehirn und Rückenmark, führt Verf. auf eine gewisse Unfähigkeit resp. Schwierigkeit zurück, die in diesen Organen für die Antikörperbildung besteht. Prophylaktische antiluetische Kuren ohne gesicherten Nachweis der Erkrankung hält Verf. für unrichtig und unverantwortlich. Eine ungenügende Behandlung ist schlimmer als gar keine. Der Erfahrung des Verf. entspricht eine ausreichende chronisch intermittierende Behandlung. In der Primärperiode verwendet Verf. nur das Salvarsan — bei Neosalvarsan alle 5—6 Tage je eine Injektion, im ganzen 7—10 — mit einer Gesamtmenge von 2,5—3,5 g. Er gibt bei Männern Dos. IV, Frauen Dos. III, Silber- resp. Neosilbersalvarsan entsprechend. Nach 6 Wochen Wiederholungskur. Bei dauernd negativer Blutkontrolle begnügt sich Verf. mit 3—4 entsprechend gleichen Salvarsankuren, doch ist jeder Fall individuell zu behandeln. Im allgemeinen läßt Verf. im 1. Jahr 3 Kuren, im 2. Jahre 2 und im 3., 4. und 5. Jahr je 1 Kur machen; doch ändert sich dies ganz nach dem einzelnen Fall, und es muß jeder Schematismus vermieden werden. In der Sekundärperiode behandelt Verf., solange klinische und serologische Symptome vorhanden sind, kombiniert mit Salvarsan und Hg und geht nach Verschwinden derselben zur reinen Salvarsanbehandlung über.
E. Langer-Berlin.

Syphilisbehandlung durch den praktischen Arzt, von J. JADASSOHN-Breslau. (D. m. W., 1922, Nr. 1, S. 19—22.) Leitsätze für den praktischen Arzt in der Behandlung der Syphilis, der Diagnose, der Behandlung der Nebenwirkungen der Spezifika auf Grund der im Laufe der Jahre gesammelten Erfahrungen. F. Harry-Berlin.

Über Hutchinsonsche Zähne, von ST. K. MAYER-Mainz. (D. m. W., 1921, Nr. 52, S. 1590.) Verf. verlangt Klarstellung der Begriffe „Früh- und Spätbehandlung" in der von H. und E. DAVIDSOHN in Nr. 36 veröffentlichten Arbeit. F. Harry-Berlin.

Die Selbstheilung der Syphilis und das Quecksilber, von O. ROSENTHAL-Berlin. (B. kl. W., 1921, Nr. 50, S. 1457.) Auf Grund seiner großen Erfahrungen auf diesem Gebiete nimmt Verf. zu dem obigen Thema Stellung und tritt gegen die leichtfertige Art auf, mit der heute vielfach die Salvarsantherapie im allgemeinen gehandhabt wird. Im Gegensatz zu LESSER befürwortet Verf. die individualisierende chronisch intermittierende Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber. Im sekundären Stadium empfiehlt er unter allen Umständen eine Quecksilbervorbehandlung, ehe mit Salvarsan begonnen wird. Verf. macht auch auf die günstigen Resultate der Jodbehandlung, die heutzutage immer mehr in Vergessenheit zu geraten droht, aufmerksam. Durch seinen sehr interessanten und lesenswerten Aufsatz weist Verf. nach, daß es unverständlich ist, bei der Hg- resp. Jodtherapie von einer Selbstheilung zu sprechen, des weiteren aber auch, daß wir in der Salvarsantherapie keineswegs die „Therapia magna noch gradatim sterilisans" vor uns haben. Vorläufig ist die kombinierte Kur am empfehlenswertesten sowohl bezüglich der Möglichkeit einer Heilung wie auch der Vermeidung toxischer Dosen des einen oder anderen Mittels. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Neuere Quecksilberpräparate, von J. Sellei. (Gyógászat, 1918, Nr. 3.) Mit Modenol wurde außer bei luetischen Erscheinungen auch bei Tuberkuliden eine gute Wirkung erzielt, eine Erfahrung, welche auch durch spätere Versuche des Verf. bestätigt werden konnte. M. Porosz-Budapest.

Ulzerogangränöse Vaginitis durch Quecksilberintoxikation (De la vaginite ulcéro-gangréneuse par intoxication mercurielle), von Hubert Jäger-Zürich. (Revue méd. de Suisse romande, 1920, Nr. 12, S. 796—806.) Verf. berichtet über 2 Fälle, die beide zur Autopsie kamen. Es handelt sich um Frauen mit sekundärer Lues, die kombiniert behandelt wurden; die eine mitten in der Kur hatte 5 Injektionen 40%igen grauen Öles = 0,3 g reines Hg erhalten, die andere befindet sich etwa 2 Monate nach der Kur, in der sie 5,1 g Neosalvarsan und 1,2 g 10%iges Salizylquecksilber = 0,72 g reines Hg bekommen hatte. Bei dem ersten Falle findet sich in der nekrotisierten Schleimhaut chemisch Quecksilber vor. Der Verf. bespricht im weiteren Verlauf eine ganze Reihe ähnlicher Fälle, die er in der Literatur gefunden hat, und kommt dann epikritisch zu folgendem Resultat: drei Faktoren spielen bei dem letalen Ausgang seiner Fälle mit: die Toxizität des Hg, die Idiosynkrasie des Pat. und die Pathogenität der lokalen Bakterienflora. K. Glaser-Berlin.

Beobachtungen bei Sublimatvergiftung, von S. Rosenbaum-Marburg. (Fortschr. d. Med., 1921, Nr. 29/30, S. 985—988.) Zwei Kinder im Alter von 1—1¼ Jahren erhielten wegen Luesverdacht und Lues infolge falscher Konzentration der Lösung eine zehnfache Dosis = 10 mg Sublimat pro kg. Die intramuskuläre Injektion führte zu fast augenblicklichen Vergiftungserscheinungen: schwerer Allgemeinzustand, Erbrechen, Durchfall, Anurie. Exitus am 13. bzw. 15. Tag. In beiden Fällen parenchymatöse Degeneration und Ödem der Nieren, Herzhypertrophie. Verlegung der Harnwege durch Nierenödem führte zu hochgradiger Wasserüberflutung des Blutes, aber kein Auftreten von Ödemen. Ein Versuch zur Erklärung wird mit dem Hinweis auf das Hg-Kalomel als eines der wirksamsten Mittel zur Bekämpfung des Ödems gemacht. Bei Fall I ist eine eklamptische Urämie — Ödembereitschaft, Liquorvermehrung, Blutdrucksteigerung, dagegen Fehlen lokalisierter Krämpfe, von motorischer Unruhe — wahrscheinlich und somit Zusammenhang von Hg-Niere und Nephrose angedeutet. Bei Fall II ist reine Retentionsurämie nicht beweisbar. Wesentliche Zeichen fehlen: Pupillenverengerung, Reflexsteigerung, Singultus. Vorhandene lassen sich anders deuten: Apathie mit schwerem Allgemeinzustand, Blutdrucksteigerung mit Vermehrung der Blutmenge. Auch extreme Hg-Mengen verändern die WR nicht. Bei Fall II war WR noch am 13. Tage positiv. Die angewandte Therapie versagte: anfangs Eiweiß zur Bindung des Hg im Darm; später eiweißfreie Kost. Empfohlen wird Dekapsulation, um den Druck des Ödems auf das Nierenparenchym zu beseitigen und Exzision der Injektionsstelle zur Beseitigung des Hg-Depots. H. Soltmann-Leipzig.

Erfahrungen über Mirion, von Fr. Urban-Budapest. (Gyógyászat, 1921, Nr. 22.) Die von Fröhlich, Kyrle und Planner gerühmten guten Eigenschaften konnte der Verf. nicht bestätigen. In 10% der Fälle konnte die Herxheimersche Reaktion auch nur kaum angedeutet beobachtet werden. Die Exantheme zeigten weder Inflammation noch Involution. Von 33 Fällen im negativen WR-Stadium ist es erst nach der dritten Injektion gelungen, auf positiv zu „provozieren." Im dritten Stadium wurden vergleichende Untersuchungen mit Jodkalidosierungen parallel ausgeführt. Letztere wirkte schneller auf die Symptome der Involutionen. Die primären Fälle zeigten etwas Ödem und Nässen der Sklerosen. Doch das kann nicht als spezifische Wirkung betrachtet werden, denn Milch oder Terpentin — welche keine Spezifika sind — bewirken das auch. Die Versuche wurden bei 68 Kranken mit über 1400 Infektionen, von 5 ccm jeden zweiten Tag intragluteal ausgeführt. M. Porosz-Budapest.

Therapeutische Versuche mit Mirion (Jodpräparat von Benko), von E. J. Hajós-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1921, Nr. 46.) Der Verf., im Gegensatz zu Kyrle und Planner, rühmt das Präparat als Antiluetikum gar nicht. Die Injektionen (zu 5 ccm täglich) sind schmerzlos, verursachen keinen Jodismus, rufen kein Fieber hervor. Nach 20 Injektionen blieben die Papeln und Kondylomen unverändert, und im Reizserum waren Spirochäten noch immer vorzufinden. Mirion hat weder die Fähigkeit, die klinischen Symptome zum Verschwinden zum Verschwinden zu bringen, noch die Spirochäten zu töten. Auf die Serumreaktion vermag es auch keine Wirkung auszuüben. Die von Mirion ausgelösten Herxheimerschen Reaktionen sind durch andere unspezifische Mittel auch auslösbar. M. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Zur biologischen Wirkung des Silbersalvarsans, von L. Karczag und G. Hetényi-Budapest. (M. Kl., 1921, Nr. 39, S. 1172.) Die biologischen Wirkungen des Silbersalvarsans treten nach ganz kleinen Dosen (0,01—0,05 g) in ähnlicher Weise hervor wie nach den gewöhnlichen therapeutischen Gaben. Die Wirkung auf die Herzaktion äußerte sich in einer schnell einsetzenden Verlangsamung des Pulsschlages um meistens 14—22 Schläge in der Minute — in einem Fall sogar bis 33 —, welche einige Stunden oder einen Tag lang anhält. Der Blutdruck war bald etwas erhöht, bald herabgesetzt, oder er blieb auch unverändert. Das Blutbild zeigte eine relative Neutrophilie und Abnahme der Lymphozyten; die Basophilen neigten entschieden zur Abnahme, die Eosinophilen boten ein wechselndes Verhalten dar. Der Blutzucker zeigte keine nennenswerte Beeinflussung. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der sekundären Syphilis, von A. Brandweiner-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 36, S. 1075.) Die erste und übrigens auch jede folgende Kur bei einem Sekundärfall bestehe aus mindestens 3,75—4,5 g Neosalvarsan, vorausgesetzt, daß während der Kur WR negativ geworden ist; ist dies nicht der Fall, dann muß streng individualisierend mehr Neosalvarsan oder ein anderes Salvarsanpräparat gegeben werden. Die begleitende Hg-Behandlung soll bei der zweiten und jeder späteren Kur (Latenz vorausgesetzt) erst nach der zweiten Salvarsaninjektion beginnen, um ein deutliches Bild von der provokatorischen Wirkung der ersten Salvarsaninjektion zu erhalten. Die Hg-Behandlung soll in der Verabreichung von mindestens 40—50 Einreibungen zu 4,0 g oder in 25—30 Hg-Injektionen bestehen, wobei es auf die Wahl des Präparates, ob löslich oder unlöslich, nicht so sehr ankommt. Die Intervalle zwischen den einzelnen Kuren sollen 4—6 Wochen betragen, keinesfalls zwei Monate übersteigen. Man kann sich mit drei Kuren begnügen, wenn nie mehr klinische Symptome, nie mehr eine Schwankung der WR auch nur nach „in Spuren positiv" stattgefunden. Ist bei einer späteren Kur ein klinisches Symptom oder WR auch nur „in Spuren positiv" vorhanden gewesen, so sollen noch mindestens zwei weitere Kuren gegeben werden. Man kann sich mit denselben begnügen, wenn die WR dabei negativ bleibt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfolge der Abortivbehandlung der Lues mit Silbersalvarsan auf Grund zweijähriger Erfahrungen, von H. Englesson-Malmö (Schweden). (M. Kl., 1921, Nr. 44, S. 1323.) Unter 24 Fällen fanden sich 18 von primärer Lues mit negativer WR; unter ihnen blieben 16 dauernd negativ, auch 2 Fälle von Lues II und ein Fall von Lues I mit positiver WR blieben rezidivfrei. Die Behandlung wurde meist in der Weise durchgeführt, daß nach einer Injektion in 3—4tägigen Intervallen zweimal 0,15 und zweimal 0,2 Silbersalvarsan, dann in 5—6tägigen Intervallen dreimal 0,25 und dreimal 0,3 Silbersalvarsan gegeben wurde, Gesamtmenge also mindestens 2 g. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Einige interessante Fälle von syphilitischer Reinfektion. Kritische Bemerkungen zur Salvarsandosierung, von Fritz Lesser-Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 47, S. 1425—1426.) Verf. berichtet über 6 Fälle von syphilitischer Reinfektion, die 72 Tage bis 5 Jahre nach der ersten Infektion erfolgte. In sämtlichen Fällen wurde die Erstinfektion mit wenigen hohen, in kurzen Zwischenräumen verabfolgten Dosen behandelt. Verf. warnt vor ungenügenden Salvarsandosen, die nie durch Hg ergänzt werden können und zu Neurorezidiven führen. F. Harry-Berlin.

Über Neusilbersalvarsan und die chemotherapeutische Aktivierung der Salvarsanpräparate durch Metalle, von W. Kolle-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1922, Nr. 1, S. 17—19.) Das Neosilbersalvarsan ist ein durch die Einfügung der Silberkomponente biologisch aktiviertes Neosalvarsan. Es entsteht durch Einwirkung von Neosalvarsan auf Silbersalvarsan unter Einhaltung bestimmter Mengenverhältnisse, besitzt fast den gleichen chemotherapeutischen Index bei Kaninchensyphilis wie das Silbersalvarsan. Die absolute Menge ist halb so gering wie die des Neosalvarsans zur rezidivfreien Heilung des Kaninchenschankers. Mehr als 100000 Injektionen sind bereits gemacht worden. Die am meisten angewandten Dosen waren 0,4 und 0,45 g. Das Mittel wird gut vertragen. Kein angioneurotischer Symptomenkomplex wie bei Silbersalvarsan. Es verbindet somit die gute chemotherapeutische Wirkung des Silbersalvarsans mit der guten Verträglichkeit des Neosalvarsans. F. Harry-Berlin.

Serologische Erfahrungen mit Silbersalvarsan, von G. Ahman-Göteborg. (M. Kl., 1921, Nr. 33, S. 993.) Verf. behandelt die Syphilis nach dem auch von Almkvist vertretenen Grundsatz der nicht intermittierenden, sondern dauernd fortgesetzten Kuren.

Digitized by Google

Zu diesem Zwecke werden abwechselnd aufeinander folgende Serien von Salvarsan- und Hg-Injektionen verabreicht, wobei die leichter auszuscheidenden Hg-Präparate zunächst in Anwendung kommen und diejenigen mit Depotwirkung erst gegeben werden, wenn kein Salvarsan mehr gebraucht wird. Auf diese Weise kann man ununterbrochen 1—1½ Jahre fortfahren. Nach diesen Richtlinien hat A. seit dem Sommer 1919 Silbersalvarsan verwendet, wobei er die Kuren mit mäßigen Dosen (0,15—0,20), alle 4—5 Tage gegeben, einleitete, dann auf 0,25—0,30 stieg und zum Schluß auf 0,20 mit 6—7tägigen Pausen zurückging. Hieran schlossen sich Injektionen von Hg salicylic. und Ol. cinereum an. Dies genügte für seronegative Fälle; bei späteren Primärfällen mit mehr oder weniger lang dauernder positiver Reaktionsperiode war der Turnus im allgemeinen so, daß auf 10 Silbersalvarsanspritzen ebenso viele Spritzen von Hg. salicylic. (0,05) alle drei Tage folgten, dann wieder Silbersalvarsan (5—6) und darauf wieder Hg salic. und Ol. cinereum. Analog wurde bei den frühen Sekundärfällen verfahren, bei den Spätfällen je nach Indikation. Die klinischen Beobachtungen sind unter Einteilung der (71) Fälle in zehn Gruppen kurz geschildert und bilden eine weitere Bestätigung des therapeutischen Wertes des Silbersalvarsans. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über das Silbersalvarsan, namentlich über seine Dauerwirkung, von H. Brüning-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 43, S. 1293.) Im Vergleich mit Neosalvarsan, mit welchem Verf. in mehrjähriger Erfahrung bei 10 im Verlauf von 3 Wochen gegebenen Dosen (= 1,0 Altsalvarsan) eine klinische Symptomlosigkeit von 5 Monaten zu erzielen gewohnt ist, ergibt die Behandlung mit Silbersalvarsan etwas bessere Resultate. Behandelt wurden 61 Fälle (29 frische und 32 Rezidivfälle) mit Dosen von 0,3—0,6 Silbersalvarsan, ferner 60 frische und 40 rezidivierte Fälle mit Dosen von 0,7—1,0 und 45 Fälle (31 frische, 14 rezidivierende) mit 1,1 und mehr Silbersalvarsan. Diese drei Gruppen boten insgesamt 171 Rezidive nach der erstmaligen Behandlung dar, von denen 24% später als nach 5 Monaten erfolgten und 50% später als nach 6 Monaten. In Anbetracht dessen, daß die Beobachtungen sich ausschließlich auf weibliche Kranke und größtenteils auf Prostituierte im städtischen Obdach bezogen, ist es nicht ohne Bedeutung, zu erwähnen, daß nervöse Reizerscheinungen nur ganz vereinzelt zur Beobachtung kamen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Silbersalvarsan, von H. Boas-Kopenhagen. (M. Kl., 1921, Nr. 41, S. 1233.) Mit dem Silbersalvarsan hat B. in einjähriger Beobachung Erfolge gehabt, und er gibt sein Urteil dahin ab, daß bei leichter zu handhabenden Technik die symptomatische und dauernde Wirkung mindestens ebenso stark ist wie die des Altsalvarsans. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen zu der Arbeit von Max Friedmann und Raimund Th. Schwarzwald: Über das Schicksal der Formaldehydkomponente nach intravenöser Neosalvarsaninjektion, von Otto Sachs. (W. m. W., Nr. 49, S. 2114.) Verf. erinnerte an seine Arbeit „Zur Behandlung der Zystopyelitis", in der er zu dem Schluß gekommen war, daß das aus dem Neosalvarsan abgespaltene Formaldehyd allein nicht die wirksame therapeutische Komponente wäre, vielmehr müßten die anderen noch im Salvarsan vorhandenen Gruppen bezüglich ihrer therapeutischen Wirkung beobachtet werden. K. Glaser-Berlin.

Über die gleichzeitige kombinierte Anwendung des Silbersalvarsan-Natriums und des Quecksilberpräparates Cyarsal in der Therapie der Lues, von Lenzmann-Duisburg. (M. Kl., 1921, Nr. 40, S. 1200.) Bei der intravenösen Verabreichung in Verbindung gleichzeitig mit Silbersalvarsan hat L. keinerlei üble Nebenwirkungen beobachtet. Die Ausscheidung des Hg war bei der schwächeren Lösung regelmäßig in 55 Stunden beendet; die stärkere Dosis (0,045 Hg) braucht 70 Stunden und kann im Verein mit Salvarsan allerdings blutige Stühle erzeugen. Das Cyarsal kann vor der Einspritzung in die Vene in einer Porzellanschale mit Silbersalvarsan-Natrium vermischt werden, indem dabei keinerlei Fällung oder sonstige Veränderung hervortritt. Das gleiche gilt auch von Sulfoxylat-Salvarsan. L. begründet ausführlich seinen Standpunkt, daß die gleichzeitige Anwendung von Hg und Salvarsan die schnellste Behandlungsart der Lues darstellt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Erhöhung der spirilloziden Wirkung des Salvarsans in Verbindung mit Traubenzucker, von Steinberg, Univ.-Haut-Polikl. Königsberg. (D. m. W., 1921, Nr. 50, S. 1523—1524.) Nach der Injektion von 0,2 Neosalvarsan in einer Traubenzuckerlösung 15 : 30 verschwanden die Spirochäten bereits nach 6—16 Stunden, während sie nach 0,4 Neosalvarsan noch nach 24 Stunden vorhanden waren. Mit der Steigerung

Digitized by Google

der Salvarsandosis in der Traubenzuckerlösung wird eine Erhöhung der spirilloziden Wirkung nicht erreicht. Gute Beeinflussung luetischer Symptome, keine Nebenerscheinungen, manchmal Fieber. Verzögerte Ausscheidung von Salvarsan im Urin. Verf. regt an, Chinin, Natr. salicyl., Tuberkulin usw. in Verbindung mit Traubenzucker bei Malaria, Gelenkrheumatismus, Tuberkulose zu erproben. F. Harry-Berlin.

Mischspritzen von Novasurol und Neosalvarsan bei Luetikern, von Ernst Issel, Ostkrankenh. Berlin. (D. m. W., 1921, Nr. 48, S. 1462—1463.) Die Behandlung wurde mit intravenöser Injektion von 1—2 ccm Novasurol eingeleitet. Am vierten Tage wurde 0,15 Neosalvarsan und 1 ccm Novasurol, dann im gleichen Zeitabstand 0,3 Neosalvarsan und 2 ccm Novasurol bis zur sechsten Spritze, 0,45 Neosalvarsan und 2 ccm Novasurol bis zur zehnten Spritze gegeben. Die Mischspritzen wurden gut vertragen. Nebenerscheinungen waren: leichte Kopfschmerzen, neuralgische Schmerzen im Trigeminus, Stomatitis, etwas fauliger Geschmack oder Geruch. Todesfall ereignete sich bei einem mit Ikterus aufgenommenen Pat. Sektion ergab akute gelbe Leberatrophie. Ein zweiter Todesfall bei einer Graviden im siebenten Monat zwei Tage nach der Injektion. Sektion ergab hämorrhagische Enzephalitis. Die luetischen Erscheinungen werden gut beeinflußt. Die Spirochäten in Papeln und Primäraffekten sind sieben Stunden nach der Injektion abgetötet. Hg wurde noch nach acht Wochen im Urin nachgewiesen. F. Harry-Berlin.

Zur chemotherapeutischen Aktivierung der Salvarsanpräparate mit besonderer Berücksichtigung der Metallsalvarsane und der einzeitigen intravenösen Salvarsan-Quecksilbertherapie, von W. Kolle-Frankfurt a. M. (M. Kl.. 1921, Nr. 50, S. 1504.) Aus einer ausführlichen Darlegung der chemischen Konstitution der bei der Linserschen Injektion in Betracht kommenden Faktoren und der Wirkungsweise im Tierexperiment, namentlich bei Kaninchen kommt K. zu dem Resultate, daß vor Einführung der Salvarsan-Quecksilbergemische in die Therapie des Praktikers eine weitere eingehende Erprobung des Verfahrens in Kliniken notwendig sein dürfte. Für Neosalvarsan-Novasurolgemische sind solche von Bruck und für Silbersalvarsan-Novasurolgemische von Schönfeld in Angriff genommen. Als aussichtsreich ist die Kombination von Neosilbersalvarsan mit Novasurol zu bezeichnen. Besonders zu beachten ist der Umstand, daß bei einzeitiger Anwendung von Hg-Präparaten mit Salvarsanpräparaten in Form der sogenannten „Mischspritze" eine Wechselwirkung der beiden Komponenten eintritt, wobei das Salvarsan zum Teil chemisch umgewandelt wird, indem die Hg-Verbindung oxydiert, die Salvarsanverbindung als Reduktionskörper wirkt. Daher erscheint Sublimat besonders bedenklich, das Novasurol dagegen am geeignetsten für die Mischbehandlung. Von den Salvarsanpräparaten sind wiederum die noch eine Formaldehydgruppe enthaltenden am zweckmäßigsten, indem bei ihnen eine Ablenkung des Hg von der Arsengruppe erfolgen kann. Die Beimischung von Hg-Verbindungen verstärkt die von den Salvarsanpräparaten auf die Spirochäten ausgeübte akute Wirkung. Wahrscheinlich sind hierbei die sich in geringer Menge bildenden Arsenoxyde die wirksamen Faktoren, nebenbei vielleicht die biologische Wirkung des in kolloide Form übergehenden Quecksilbers. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Salvarsanexantheme, von Josef Sellei-Budapest. (Magyar Orvos., 1921, Bd. 13.) Die Salvarsanexantheme werden in 2 Gruppen eingeteilt, in fixe und progredierende. Bestimmter Typus des Exanthems läßt sich nicht aufstellen. Doch ist unbedingt der etwas ödematöse Charakter der meisten Salvarsanexantheme auffallend. Obzwar dies leicht mit den Ursachen des angioneurotischen Symptomenkomplexes in Verbindung gebracht werden kann, so läßt sich dagegen einwenden, daß Exantheme gerade bei jenen am seltensten auftreten, wo der bekannte angioneurotische Symptomenkomplex am stärksten ausgeprägt war. Eine spezielle Affinität des Hautorgans zu dem Salvarsan scheint die Ursache der Exantheme zu sein. M. Porosz-Budapest.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

3. Juni 1922 | Nr. 22 | Band 74

Aus der dermatologischen Abteilung des Städt. Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Dirig. Arzt: Prof. Dr. Buschke).

Schleimhaut- und Blutbildbesonderheiten bei Darierscher Dermatose.

Von

Dr. Ernst Sklarz, Oberarzt der Abteilung.

Seitdem Darier im Jahre 1889 die Dermatose, die jetzt seinen Namen trägt, unter der damaligen Bezeichnung Psorospermose folliculaire végétante als klinischen Symptomenkomplex fest umrissen hat, ist eine umfangreiche Literatur darüber entstanden, die sich ebensosehr mit der Morphologie wie mit der Ätiologie der Affektion befaßte. Ganz besonders sind auch wieder in jüngster Zeit einige bemerkenswerte Veröffentlichungen erschienen (Lippert, Löhe, Pinkus u. Lederman, Reenstierna, Spitzer), die den bekannten neue Beobachtungen hinzufügten oder die früheren vertieften. Einen markanten und interessanten Fall dieser Art hatten auch wir längere Zeit zu beobachten Gelegenheit.

Anamnese. Aus der Vorgeschichte des 43jähr. Pat. E. D., Arbeiter, ergibt sich, daß seine Eltern in hohem Alter vermutlich an Asthma gestorben sind, drei Geschwister sind gesund, eine Schwester ist als Kind, eine andere erwachsen an Tuberkulose gestorben. Der Vater und eine Schwester haben dieselbe Hautaffektion wie der Patient selber gehabt. Als Kind hatte dieser Diphtherie, war dann bis zum 17. Lebensjahre leidlich gesund. Seitdem ist er angeblich lungenleidend und befand sich deswegen schon einmal im Jahre 1911 im Rudolf-Virchow-Krankenhause. Während des Krieges war er zunächst als Infanterist an der Front und lag im Jahre 1915 ebenfalls wegen seiner Lungen im Lazarett zu Beverloo. Damals hat er auch angeblich etwas Blut ausgehustet. In den letzten Wochen habe er viel über Husten, Auswurf und Stiche zwischen den Schulterblättern zu klagen, desgleichen über Schwäche in den Füßen. Nachtschweiße beständen nicht. Seit November 1921 klagt Pat. über Stechen und Brennen in den Augen. Früher habe er reichlich Alkohol zu sich genommen und viel geraucht. Geschlechtsfunktionen in Ordnung. Stuhlgang und Wasserlassen o. B.

Wegen seines Lungenleidens wurde Pat. am 22. XI. 1921 auf die Innere Abteilung des Krankenhauses aufgenommen. Es wurde dort ein stark katarrhalischer Lungenbefund erhoben. Das Röntgenbild zeigte beiderseits stark vergrößerte und allseitig streifenförmig verstärkte Hili. Im linken Hilus war ein erbsengroßer Kalkherd sichtbar, die Spitzen waren frei.

Der Katarrh blieb unter der Behandlung ziemlich unverändert bestehen.

Am 2. Januar 1922 wurde der Pat. wegen seiner Dermatose, von der er angibt, daß sie seit der Geburt bestehe und nie gejuckt oder sonstwie Beschwerden bereitet habe, auf die Dermatologische Abteilung verlegt.

Befund. Der Pat. ist ein kleiner, hagerer, aber muskulöser Mann in mäßigem Ernährungszustand. Intelligenz gut, Psyche o. B. Haut und sichtbare Schleimhäute ausreichend durchblutet, keine Ödeme. Struppiges, dichtes Haar bei leicht seborrhoischem Charakter der Kopfhaut. Haut: Das Gesicht ist mit auffälligen Warzen besetzt. Am oberen äußeren Rande des rechten Tuber frontale findet sich eine knapp linsengroße, zerklüftete Hautwarze, vier ähnliche am linken äußeren Augenwinkel, eine

Digitized by Google

in der Mitte der Umschlagfalte des linken Oberlids, eine weitere in dem Winkel, den der linke Nasenflügel mit der Nasolabialfalte bildet, eine andere auf der Ohrfalte vor der Fossa anthelicis über dem Tragus des linken Ohres. Eine letzte Warze schließlich findet sich in der Mitte der Unterlippe beim Übergang des Lippenrots in die Gesichtshaut. Sie ist im Gegensatz zu den übrigen, die in ihrer Zerklüftung spitzen Kondylomen ähnlich sehen, flach, ist leicht erhaben und verhärtet, von blassem Aussehen.

Die Gesichtshaut weist sonst nur wenige kleine helle Pigmentierungen auf. Der ganze behaarte Kopf ist mit gelblich-bräunlichen, hyperkeratotischen Effloreszenzen besetzt, die, einzeln stehend, nicht konfluieren. Entfernt man durch Kratzen ein solches Hornbörkchen, so sieht man hier wie auch sonst am Körper ganz kleine Dellen, bisweilen liegt der leicht blutende Papillarkörper bloß. Ähnliche Effloreszenzen finden sich in größerer Zahl hinter den Ohren.

Die Vorderseite des Halses weist zahllose, etwa stecknadelkopfgroße, bräunliche Pigmentierungen auf, die mit Hornpfropfen vergesellschaftet und meist an der Stelle der Follikel lokalisiert sind. Vereinzelt finden sich kleine Pigmentstellen am Nacken und an den Streckseiten der Unterarme, etwas zahlreicher und mit Hornpfröpfen zusammen über dem Brustbein. Unterhalb desselben erreichen sie eine außerordentliche Dichtigkeit. In geringerem Grade befallen ist nur ein kleiner ovalärer Bezirk um den Nabel herum. Dagegen präsentiert sich die Affektion auf dem Abdomen in erheblicher Stärke und schneidet, ihren Höhepunkt in den Inguinalfalten erreichend, nach unten zu beiderseits symmetrisch etwa in der Linie Trochanter major—untere Hodengrenze ab. Seitlich reicht sie, ziemlich scharf abschneidend, bis in die hinteren Axillarlinien und zieht sich symmetrisch am Thorax handbreit außerhalb der Brustwarzen bis in die Achselhöhlen in einem knapp handbreiten Streifen hoch.

Auf dem Rücken zeigen sich die Effloreszenzen entlang der Wirbelsäule etwa vom fünften Brustwirbel abwärts in mäßig dichter Anordnung und handbreitem Bezirk. Ein vereinzelter stärkerer Herd findet sich in Fliederblattgröße über dem rechten Schulterblatt. In der Kreuzbeingegend verbreitert sich das betroffene Areal, die Effloreszenzen stehen dichter und laufen über dem Steißbein gleichsam strahlenförmig zusammen. So kommt es, daß sich hier auf der linken Seite zwei scheinbare Linien ausprägen, von denen die eine entlang dem äußeren, die andere entlang dem inneren Rande des Musculus lumbodorsalis verläuft, um sich über dem Steißbein zu treffen. Hier stehen die Effloreszenzen so dicht, daß sie auf einem über fünfmarkstückgroßen Gebiet zur Konfluenz kommen.

Auf der Glans penis, der Beugeseite des Unterschenkels und auf dem Fußrücken sind einige kleine Pigmentierungen ohne Hyperkeratosen sichtbar.

Alle diese einzelnen Effloreszenzen halten sich nicht streng an die Follikel, wenn auch ihre Mehrzahl an ihnen lokalisiert ist. Ihre Farbe ist ein helles bis dunkles oder schmutziges Braun, das teilweise, besonders da, wo Effloreszenzen konfluieren, in Schokoladenfarbe übergeht.

Besonders bemerkenswert sind die Hände und die Füße.

Auf beiden Handrücken finden sich selten stecknadelkopf-, meist linsengroße leichte Erhabenheiten, flach, von bräunlich-roter Farbe, die sich symmetrisch und teilweise undeutlich konfluierend auf die Streckseiten der Grundphalangen der Finger fortsetzen und entfernt an Verrucae planae juveniles erinnern. Beide Handteller zeigen miliare hellgelbe Flecken, besonders am Thenar und Hypothenar. Hier treten auch die Pori der Schweißdrüsen stark hervor, so daß die Haut ein wurmstichiges Aussehen gewinnt, während durch die verschiedenartige Pigmentierung die einzelnen Hautleisten auffallend deutlich wie nebeneinandergelegte Fäden hervortreten. Sämtliche Fingernägel sind mit deutlichen Rillen längsgestreift, der freie Rand erscheint verdickt und — besonders an den Daumen — leicht ausgefranst.

In der Höhlung des Fußes lassen sich ebenfalls beiderseits linsengroße, gelblich-bräunliche Pigmentierungen feststellen, in deren einen Teil relativ große Dellen eingeprägt sind. Auch hier treten wieder die Schweißdrüsenpori deutlich hervor, Hyperkeratosen finden sich nicht.

Die Zehennägel weisen hochgradige Veränderungen auf. Diejenigen der kleinen Zehen fehlen ganz bis auf je einen linsengroßen Rest, der nicht wächst und an seinem Grunde eine erhebliche Wulstung darbietet. Die Nägel der zweiten, dritten und vierten Zehe beiderseits sind längsgestreift, gerieft, überragen zum Teil sehr ausgefranst die Zehen selber und lassen leicht seitwärts abbiegend ein der Onychogryphosis entfernt ähnliches Bild entstehen. Die Nägel der großen Zehen sind gelbbraunschwarz, längs

Digitized by Google

gerieft bis fast zum Bruch mit auch erheblicher Querstreifung, ganz stumpfem Aussehen und Verdickung des freien Randes.

Schleimhaut: Der harte Gaumen ist übersät mit zahlreichen weißlichen Effloreszenzen, die in Stecknadelkopfgröße außerordentlich dicht beieinanderstehen und nach hinten zu etwa in einer Linie, die der Verbindung des hinteren Randes der letzten oberen Molaren entspricht, ziemlich scharf abschneiden. Auf der rechten Seite der Raphe fließen sie in der Gegend des Vomer zu einer etwas größeren Fläche zusammen, desgleichen umsäumen sie beiderseits den letzten Molaren auf der Gaumenseite mit feiner, weißer Linie. Im übrigen ist die Mund- und Wangenschleimhaut und die Zunge frei von Besonderheiten.

An beiden Ober- und Unterarmen und auf der Vorderseite des linken Oberschenkels fanden sich als Nebenbefund — frei von Effloreszenzen — wenig ausgedehnte Tätowierungen.

Bis auf einen geringfügigen katarrhalischen Befund über der linken Lunge und eine Steigerung der Reflexe waren im übrigen zunächst keine Abweichungen von der Norm am ganzen Körper festzustellen.

Die Pilomotoren des ganzen Körpers sind sehr leicht erregbar, der Dermographismus sehr schwach ausgeprägt. Der Pat. schwitzt stark an Handtellern und Fußsohlen.

Im Laufe des weiteren Stationsaufenthaltes wurden dann noch folgende Untersuchungen vorgenommen:

WR im Blut: negativ.

Urin: Eiweiß Ø, Zucker Ø, Indikan Ø, Azeton Ø, Azetessigsäure Ø.

Blutserum: Reststickstoff 27 mg-%.

Sputum: Tuberkelbazillen — auch angereichert — negativ.

Kehlkopf: o. B.

Augen: Sehschärfe r. $^5/_5$, l. $^5/_{30} + 1{,}5\ ^5/_{10}$. Äußeres und Pupillen o. B. Beiderseits in der Peripherie des Augenhintergrundes vereinzelte alte chorioiditische Herde. Nicht ganz sichere (psychogene?) Gesichtsfeldeinschränkung beiderseits.

Probeexzisionen wurden vorgenommen: 1. von der Schleimhaut der rechten Gaumenhälfte; 2. von der Haut des Abdomens, handbreit links vom Nabel; 3. vom linken Handrücken. Alle dadurch verursachten Wunden sind glatt verheilt.

Von besonderem Interesse ist das Blutbild. Der zunächst zweimal im Abstande von einer Woche angefertigte Blutstatus ergab folgende Werte:

I.	Zahl der roten Blutkörperchen	3550000
	„ „ weißen Blutkörperchen	8800
	und zwar unter diesen	
	neutrophile polynukleäre Leukozyten	52%
	eosinophile „ „	2%
	Lymphozyten kleine 8% / große 18%	26%
	Übergangsformen	20%
II.	Hämoglobin	55% (Sahli)
	Zahl der roten Blutkörperchen	3810000
	„ „ weißen Blutkörperchen	7300
	und zwar unter diesen	
	neutrophile polynukleäre Leukozyten	31%
	eosinophile „ „	3%
	Lymphozyten kleine 12% / große 13%	26%
	Übergangsformen	38%
	Mastzellen	2%

Scheinbar ohne ihnen besondere Aufmerksamkeit zu schenken und ohne eigens darauf hinzuweisen, hat schon Jordan (Derm. W., 1921, Bd. 73, Nr. 34) bei seinem eigenen ersten und zweiten Fall Blutbilder gebracht, die ebenfalls deutlichst eine Verschiebung nach links aufweisen.

Digitized by Google

Da uns unsere diesbezüglichen Befunde ganz besonders auch durch die Parallele mit denen Jordans im höchsten Maße auffällig erschienen, wandten wir uns an Herrn Priv.-Doz. Dr. H. Hirschfeld, der unsere Befunde vollkommen bestätigen konnte, sie ebenfalls als sehr merkwürdig bezeichnete und mit uns einer Meinung war, daß sie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht auf das — tatsächlich doch geringfügige — Lungenleiden zu beziehen seien. Eine erneute Durchzählung frischer Präparate ergab als Durchschnitt vieler Hunderte von weißen Blutkörperchen nach der neueren Nomenklatur folgendes Verhältnis:

Monozyten:	rundkernige	24%
	buchtkernige	9%
	segmentkernige . . .	3%
Lymphozyten:	große	9%
	kleine	12%
Leukozyten:	neutrophile	43%
	eosinophile	0%

Keine Mastzellen.

Schon klinisch war die Diagnose Darierscher Dermatose absolut sicher. Sie wurde durch die histologischen Befunde an den herausgeschnittenen Haut- bzw. Schleimhautstückchen bestätigt; im besonderen ergab sich:

Biopsie der Bauchhaut: Allgemeine Hyperkeratose mäßigen Grades, die in der Umgebung der Follikel an Massigkeit zunimmt und hier breite parakeratotische Stellen umschließt. Granulosaschicht im allgemeinen normal. Reichlich Corps ronds in allen Lagen der Epidermis, besonders im Bereiche der Granulosaschicht und unter ihr, hauptsächlich unter Hornpfröpfen; hier finden sich auch — ganz spärlich — Grains und sehr vereinzelt die Lückenbildungen, wie sie Boeck und spätere Beobachter beschrieben haben. In der Basalzellenschicht liegt reichlichst Pigment, desgleichen zahlreiche und massige Chromatophoren in der Tunica propria des Koriums. „Phantastische Papillenbildungen", wie sie Pinkus und Ledermann hervorheben, ließen sich nicht beobachten. Geringes lymphozytäres Infiltrat in der Subkutis.

Biopsie der Handrückenhaut: Enorme Hyperkeratose, keine Parakeratose. Die Epidermis ist in den obersten Schichten leicht aufgelockert und zeigt breit im Gebiete des Stratum lucidum eine auffällige Homogenität. Allgemeine, erhebliche Verbreiterung der Granulosaschicht, die an einigen Stellen bis auf acht Zellreihen anschwillt. Wenig Pigment in den Basalzellen, vereinzelt in der Tunica propria des Koriums. Geringes, aus Lymphozyten bestehendes Infiltrat in der Subkutis, wenige Corps ronds in den oberen Stachelzellenschichten, keine Grains, keine Lückenbildungen. Bei der Elastikafärbung, die außer der Färbung mit Hämatoxylin-Eosin und nach von Gieson bei dem ganzen Exzisionsmaterial vorgenommen wurde und sehr prägnante Bilder ergab, zeigten sich an den Präparaten der Bauchhaut und des Handrückens bezüglich der elastischen Fasern keine Abweichungen von der Norm.

Biopsie der Gaumenschleimhaut: Starke Parakeratose. Normal formiertes Stratum corneum nur an einzelnen Stellen. Es umfaßt, wo es überhaupt vorhanden ist, nur wenige Lagen und tritt weit hinter die parakeratotischen Stellen zurück. Das Stratum granulosum fehlt meistens

Digitized by Google

und ist nur hier und da andeutungsweise vorhanden. Die Retezapfen sind massig verbreitert und reichen weit in die Tiefe. Ihre einzelnen Zellen erscheinen gequollen und durchweg schlecht gefärbt, zum Teil sind die Zellgrenzen direkt verwaschen. Vereinzelte Höhlenbildung in den obersten Schichten des Rete Malpighi. Stärkeres, lymphozytäres Infiltrat in den Papillen und in der Subkutis. Corps ronds sind nicht vorhanden. Einzelne gequollene Retezellen, die sich auffällig aus der Masse der übrigen herausheben, sehen wohl solchen ähnlich, lassen sich aber nicht als Corps ronds identifizieren. Bei der Färbung auf elastische Fasern zeigen sich diese in den Papillen teils sehr spärlich, teils drängen sie sich zu dichteren Büscheln als normal zusammen.

Nebenbei sei in diesem Zusammenhange erwähnt, daß wir jüngst Zellbildungen, die stark an Corps ronds erinnerten, in den histologischen Präparaten einer Warze zu sehen Gelegenheit hatten, die aus der Oberlippe eines Mädchens exzidiert worden war, wie ja Petersen z. B. auch Corps ronds in spitzen Kondylomen nachgewiesen haben will.

Es handelt sich also bei unserem Patienten um einen Fall von Darierscher Dermatose mit klinisch und histologisch typischen Effloreszenzen, deutlicher Systematisation und ausgesprochener Heredität und Familiarität, Kennzeichen, die sich bei der Mehrzahl der anderen Literaturfälle ebenfalls verzeichnet finden. Was unseren Fall auszeichnet, ist der Umstand, daß die Dermatose von Geburt an bestehen und nicht erst in der Jugend oder im späteren Leben aufgetreten sein soll, und die absolute Reizlosigkeit und Persistenz ohne frische Schübe. Ferner ist er bemerkenswert durch die Schleimhauterscheinungen, die nur relativ wenige der sonstigen Literaturfälle aufweisen, und auf die wir wie auf das auffällige Blutbild und die ausgedehnten Finger- und Zehennägelveränderungen bereits oben näher eingegangen sind. Kurz sei nur hier noch einmal auf die kleinen Warzen des Gesichts hingewiesen, die hin und wieder doch vielleicht bei der Dermatose eine Rolle spielen mögen. So berichtet White von Erhebungen an den Schläfen „ressemblants tout à fait à un épithélioma", wie auch Wise und Parkhurst ein Epitheliom auf dem Nasenrücken ihres Patienten beschreiben. Auch wirkliche Karzinome kommen bei Darierscher Dermatose vor (Fabry, Spiethoff u. a.). Diese ganze Frage der Kombination der Hauterscheinungen mit malignen Tumoren erscheint auch im Hinblick auf die Acanthosis nigricans interessant, die man früher gern in eine Reihe mit der Darierschen Dermatose stellte und die überaus häufig mit bösartigen Neubildungen verbunden ist.

Bemerkenswert ist schließlich, wie der Patient auf die angewandte Therapie reagierte. Bettmann, der die Dermatose als eine kongenital angelegte, latente Dystrophie der Epidermis bezeichnet, gibt an, daß ihre Erscheinungen besonders bei Status seborrhoicus, nach starkem Schwitzen, Insolation, auf Kratzeffekten, Impfnarben und Tätowierungen und nach Anwendung von Zugpflastern und Quarzlicht auftreten. Bei unserem Fall waren gerade die Tätowierungen absolut frei. Wir haben ferner unseren Patienten während der ganzen Zeit außer mit indifferenten Bädern mit nichts als Bestrahlungen mit der künstlichen Höhensonne behandelt, zum Teil so energisch, daß er einmal für wenige Tage ein Ödem des Penis

Digitized by Google

aufwies. Der Erfolg war nicht nur keine Verschlimmerung, sondern ein erheblicher Zurückgang der Erscheinungen. So war bereits nach dreiwöchiger Bestrahlung ein Teil der hellbraunen Effloreszenzen des Rückens verschwunden, ein Teil der hyperkeratotischen hatte seine Hornpfröpfe verloren und stellte sich nur noch als hellgelbliche, leichte Erhabenheiten dar. Ferner war durch Ausfall von Effloreszenzen die Linie, die sich am äußeren Rande des linken Musculus lumbodorsalis zeigte, nicht mehr zu erkennen, und auch in dem dichten, im ganzen heller gewordenen Felde über dem Steißbein machten sich vom Rande her normale Hautstellen geltend. Auch auf der Vorderseite des Rumpfes hatte die Affektion in gleicher Charakteristik abgenommen, ein Vorgang, der bis zur Entlassung, die nach etwa $^1/_4$ Jahr auf des Kranken eigenen Wunsch erfolgte, noch deutlicher wurde. Ob diese Besserung freilich auf der Bestrahlung selbst beruhte oder einer spontanen Remission zuzuschreiben ist, wie sie ja häufig bei der Dermatose beobachtet wird, mag dahingestellt bleiben, noch mehr, ob es sich etwa um einen Dauererfolg handelt, hat man doch auch sonst vorübergehende Besserungen nach anderen Behandlungsarten (Röntgenstrahlen, Radium, Thyreoidin usw.) beobachtet.

Bei dem Dunkel, das auf der Erkennung letzter biologischer Vorgänge lastet, versage ich es mir, näher auf die mutmaßliche Ätiologie der Darierschen Dermatose einzugehen. Es scheint sich um eine Genodermatose, bisweilen auch um von innersekretorisch wichtigen Drüsen abhängige Erscheinungen (häufiges Auftreten im Pubertätsalter, Ausbruch im Anschluß an eine Operation an den inneren Genitalien, neuer Schub nach einem Partus [Kreibich] usw.) zu handeln. Ferner gewinnt man den Eindruck, als ob es absolut persistente, nävoide Formen und solche gäbe, bei denen es sich um einen ständig fortschreitenden oder mit Remissionen einhergehenden Prozeß handelt, d. h. um Formen, bei denen die spezifische Reaktionsfähigkeit der Haut mit dem einmal erreichten Zustand erloschen ist, und solche, bei denen die Haut auf dafür spezifische Reize hin immer von neuem mit typischen Effloreszenzen antwortet.

Der Raumersparnis halber seien am Schluß nur wenige Literaturangaben beigefügt, soweit sie nicht aus den neuesten Arbeiten über Dariersche Dermatose (Jordan, Derm. W., 1921, Bd. 73, Nr. 34; Löhe, Derm. Zschr., 1921, Bd. 34, Nr. 1/2; Lippert, Derm. Zschr., 1921, Bd. 35, Nr. 1/2; Pinkus und Ledermann, Arch. f. Derm., 1921, Nr. 131; Spitzer, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 135; den erschienenen Bänden des „Zentralbl. für Haut- und Geschlechtskrankheiten; den Lehrbüchern von Riecke, Lesser, Joseph, Darier) entnommen werden können.

Literatur.

Bettmann, Arch. f. Derm., 1921, Nr. 135. — Borghoff, Arch. of derm. and syph., 1921, Bd. 4, Nr. 5. — Darier, Ann. de derm. et de syph., 1890, Sér. 3, Nr. 1. — Jarisch, Ref. Ann. de derm. et de syph., 1896, Sér. 3, Nr. 7. — Lustgarten, Ref. Ann. de derm. et de syph., 1890, Sér. 3, Nr. 1. — Neumann, Ref. Ann. de derm. et de syph., 1896, Sér. 3, Nr. 7. — White, J. of cutan. dis., 1890. — Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894.

Digitized by Google

Die Kriechkrankheit (Creeping Disease, Larva migrans). Gastrophilosis cutis.

Von

Prof. Dr. S. L. Bogrow in Moskau.

Ende 1895 haben einige russische Ärzte eine eigenartige Hauterkrankung der Landbewohner in den Wolga- und Kama-Bezirken beobachtet. Die Krankheit lokalisierte sich hauptsächlich im Gesicht und auf den Händen, wo in Sommermonaten eine rote, etwas erhabene Linie zu bemerken war, welche sich mit verschiedener Schnelligkeit (1—15 cm in 24 Stunden) verlängerte und in ihrem Gang viele Windungen und Bogen machte. Gewöhnlich findet man nur einen einzigen, nicht verästelten Streifen. Subjektiv klagen die Kranken über mehr oder weniger starkes Jucken. Bei Anämisierung der Haut mit einem Objektträger kann am Ende des gewundenen Ganges oder etwas weiter von ihm, in scheinbar gesunder Haut (Samson), ein schwarzes Pünktchen bemerkt werden, nach Herausnahme dessen die entzündlichen Erscheinungen allmählich abklingen. Vereiterung kommt nie vor, obwohl die Erhabenheit des Streifens von Ansammlung seröser Flüssigkeit in der Oberhaut abhängt. Nach Sokolows Beschreibung bleibt manchmal bei brünetten Personen eine depigmentierte Linie als Zeichen der vergangenen Krankheit übrig. Bei seinen Kranken, wo hauptsächlich das Gesicht befallen war, sollten nicht weit vom Anfange des Ganges an Haaren der Augenbrauen und Wimpern leere schwarze Eiernisse sich befinden. Nach Samsons Behauptung, die auf Erzählung der Kranken gestützt war, kann auch die Schleimhaut durch die zickzackige rote Linie durchkreuzt werden, was aber von allen anderen Beobachtern bestritten wird. Weitere Mitteilungen über diese seltsame Krankheit kamen aus anderen nordöstlichen Gouvernements des europäischen Rußlands, später auch aus südwestlichen Bezirken (Gouvernement Podolsk und Kherson) und aus Bulgarien (Samson). In der Mehrzahl der Fälle gelang es (Samson, Sokolow, Kuschew, Cholodkovsky, Kumberg) den schwarzen Endpunkt herauszuholen, der ein sich lebhaft bewegendes, 1 mm großes Würmchen darstellte, worin der erfahrene russische Entomologe Portschinsky eine Larve von der Art der Magenbremse des Pferdes erkannte. Nach Veröffentlichung dieser Beobachtungen wurde von Prof. v. Petersen auf ihre Ähnlichkeit mit den Fällen einer in ätiologischer Beziehung unaufgeklärten Krankheit hingewiesen, welche unter den Namen „Creeping eruption" und „Larva migrans" von englischen Autoren (Lee, Crocker, Morris) beschrieben wurde und wahrscheinlich identisch mit dem Falle von Neumann-Rille war, obgleich bei ihnen, ungeachtet einer eifrigen Untersuchung des wachsenden Endes des Streifens, kein Parasit sogar in Hautserienschnitten entdeckt werden konnte. Es ist sehr interessant, daß in weiteren westeuropäischen Fällen, die nach russischen Mitteilungen zur Beobachtung kamen (Kaposi, Ehrmann, Schmid, Auerhann, Brodier-Fouquet, Lenglet-Delaunay), der Erreger der Krankheit wieder nicht aufgefunden wurde, in dem spätere Beobachter in Rußland (Wosstrikow-Bogrow, Corleis), in Dänemark (Boas) und in Nordamerika (Rudell, Cates) von neuem die Ursache der Kriechkrankheit in der durch die Haut wandernden Gastrophiluslarve bestätigten.

Vom klinischen Standpunkte aus kann das Krankheitsbild verschiedene Varianten zeigen. Erstens kann die anfängliche Läsion an verschiedenen Körperteilen vorkommen. Eine beträchtliche Mehrzahl der Autoren findet den Anfang der entzündlichen Linie im Einklang mit Rille auf unbedeckten Körperteilen (Gesicht, Hände und Füße), oft wird die Glutäalregion als Ausgangspunkt angezeigt. Andere Teile der Extremitäten und des Rumpfes werden nur gewöhnlich sekundär durch den Gang getroffen. In den meisten Fällen geht der rote Streifen weit von der Anfangsstelle vorwärts, aber manchmal bleiben die Windungen in derselben Region, an einer Wange (Matschinsky), an einer Thoraxseite (Wosstrikow) usw., indem die gekrümmte Linie Schlingen und Kreuzungen mit älteren Teilen des Ganges bilden kann. Die Verlängerung des Ganges geschieht mit verschiedener Schnelligkeit (1—30 cm in 24 Stunden), aber manchmal wird (in bestimmten Tageszeiten, nach ärztlicher Behandlung usw.) das Fortschreiten des Parasiten auf eine mehr oder weniger große Periode, sogar auf eine Woche (Shelmires Fall), aufgehoben. Die Verzweigung des Ganges wurde nur einmal von Olissow beschrieben,

Digitized by Google

aber es ist leicht möglich, daß die Larve nach Behandlung mit Karbollösung und Perubalsamsalbe den frischeren Teil ihres eigenen Ganges nochmals passiert hatte, bevor sie eine neue Tranchee angelegt hat. Mehrere Linien wurden selten beobachtet, je zwei rote Linien kamen in Fällen von Crocker, im 1. Fall von Rille, im 1. und 3. Fall von Stelwagon, Haase, Gossmann, Rudell, Cates, je drei in Fällen von Kaposi und Schmid vor. Der 2. Fall von Hutchinson (mit vielen Larven?) ist unklar. Ganz besonders müssen 2 Fälle beschrieben werden: im Falle von Brodier und Fouquet entstanden bei einem 42jähr. Kloakenräumer nach einer Armverletzung 6—8 erythematöse, flacherhabene, 2 mm breite Linien, welche durch Bläschen und erythematöse Flecke unterbrochen wurden, sie kreuzten fast gerade und parallel zueinander die Sternalregion quer durch. Im Falle Lenglet und Delaunay (Brocq) kam der gewundene, mit Eiter gefüllte Gang bei einem 39jähr. Schreiner zum Vorschein, nachdem er seinen Furunkel mit Kataplasmen aus zerdrückten Schnecken behandelte. Sehr oft wurden von Autoren Vesikel am terminalen Ende oder nahe von ihm auf dem erythematösen Streifen beschrieben, was in Einklang mit anatomisch-pathologischem Befund von Rille, Lenglet-Delaunay, Kengsep (der im Epidermis liegende und mit Serum gefüllte Tunnel) leicht zu stellen ist. In Wosstrikows Falle erreichte so eine seröse Ansammlung auf der Fußsohle die Dimensionen einer wirklichen Blase. In einigen Fällen wurde an manchen Stellen der Streifen unterbrochen (Lee, Stelwagon, v. Harlingen). Die Breite des Ganges schwankt gewöhnlich von $^1/_2$ bis zu 1 mm. Der frische, aktive Teil ist erhabener, infolge von seröser Ansammlung, kann er sogar wallartig aussehen, und endet mit einem Vesikel oder mit einem erythematösen Fleck, der manchmal die erste Krankheitserscheinung darstellt (Cates). Russische und einige amerikanische Autoren sahen hier den schwarzen Punkt, dessen sie habhaft zu werden sich bemühten. Außer Jucken wurden nur in einem Falle (von Auerhahn) Schmerzanfälle mit Konvulsionen beobachtet. Ohne Behandlung oder nach erfolgloser Behandlung kann das Leiden $^1/_2$ Jahr und mehr, in Crockers Falle $2^1/_4$ Jahre, dauern. Umgekehrt wurden auch früher selbständig eingetretene Genesungen mitgeteilt. Die Krankheit befällt Erwachsene wie auch kleine 2—3 Jahre alte Kinder. In Beziehung zu russischen Fällen wurde außer Zweifel gestellt, daß die Krankheit bei Landbewohnern oder Feldarbeitern vorkommt. Ein Teil von europäischen Krankheitsfällen gehört sicher zu Stadtbewohnern verschiedener Profession, obwohl auch bei ihnen langes Liegen auf feuchter Erde, Barfußgehen auf dem Meeressande usw. bemerkt wurde. In 2 Fällen berührten die Kranken Schnecken (Crocker, Lenglet-Delaunay). Die Jahreszeit, in welcher die Krankheit beginnt, ist gewöhnlich Sommer, wenn auch die Kranken manchmal sehr spät nach dem Anfange ihres Leidens, also im Winter, sich zum Arzt wenden.

Die eben geschilderten klinischen Unterschiede geben Grund die Identität der Ursache aller unter der Diagnose der „Creeping Disease" veröffentlichten Fälle zu bezweifeln. Das ist z. B. besonders klar beim Vergleich der deutschen und russischen Beobachtungen, wo einerseits die Feinheit der Gänge bei Unmöglichkeit den Erreger mittels genauer und eifrig durchgeführter Untersuchungsmethoden zu ertappen, dem plumpen Aussehen der mit serösem Exsudat ausgedehnten Gänge, sowie der Leichtigkeit den Parasit zu sehen (schwarzer Endpunkt) und herauszuholen, gegenübergestellt werden können. Wir haben auch keine Beweise, daß die Krankheit in Arabien (Crocker), im Senegal („Larbisch", Bérenger-Féraud) und im Kongogebiet (M. Morris) der „Creeping Disease" der temperierten Zone des Erdballes gleich ist, da nicht nur das Wesen dieser Krankheitsfälle noch dunkel bleibt, sondern die klinischen Erscheinungen selbst sehr oberflächlich beschrieben wurden.

Jedenfalls ist die kausale Rolle der Gastrophiluslarve für eine große Anzahl der Creeping-Disease-Fälle seit 1906, wo sie noch in der vortrefflichen Monographie von Rille und Riecke angezweifelt wurde, von späteren Forschern (Wosstrikow-Bogrow, Cholodkovsky, Pinkus-Corleis, Boas, Rudell, Cates) als tatsächlich richtig bewiesen. Das befruchtete Weibchen der Magenbremse des Pferdes legt ihre $1^1/_4$ mm große Eier in der zweiten Sommerhälfte, hauptsächlich auf die Haare der vorderen Extremitäten der Pferde (Kniebeugen) oder auf andere Teile, die dem Maul des Pferdes zugänglich sind. Die aus den Eiern herausgekrochenen Larven gelangen durch die Mundhöhle in den Magen des Pferdes, wo sie nach zwei Mauserungen mit den Kopfhäkchen sich in die Schleimhaut einbohren und an der kardialen (linken) Magenhälfte befestigt bleiben. Nach beendetem Wachstum lösen sich die Larven von der Schleimhaut ab und werden mit den Fäzes herausgetragen. Vom April und besonders in der ersten Sommerhälfte werden die meisten Gastrophiluslarven im Pferdemist getroffen, wo sie sich einpuppen

Digitized by Google

um sich am 23.—52. Tage nach dem Herauskommen aus dem Darme in reife Bremsen zu verwandeln. In der Entwicklungsgeschichte der Pferdebremse ist am wenigsten der Modus des Überganges der Larven in den Magen aufgeklärt. Ercolani und Verill haben beobachtet, daß leichtes Betasten der Nisse mit feuchtem Gegenstand genügt, um die Larven aus den Eiern herauszubringen. Nach Osborn und Portschinsky sind lebende und sich bewegende Larven vom 10. bis zum 28. Tage nach der Niederlage der Eier zu sehen, später sterben sie ab. Man dachte, daß diese Larven selbst zur Mundhöhle wandern, indem Clark diesen Transport der Larven durch Belecken des Pferdes infolge des Juckens erklärte. Das Vorkommen der Gastrophiluslarven in der Menschenhaut gibt Grund zu glauben, daß auch beim Pferde das Jucken von der in der Haut wandernden Larve abhängt, und einen normalen Vorgang bei Infektion des Pferdes vorstellt. Sehr interessant in dieser Hinsicht ist die Beobachtung von Boas, der die Gastrophiluslarven in der Zungenschleimhaut gefunden hat, was die Fähigkeit dieser Larven, sich einzubohren, bei ihrem gewöhnlichen Wirt beweist. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die Ansteckung des Menschen zufällig durch Betasten der Pferdehaut mit feuchten, entblößten Körperteilen (Hände, Füße) zustande kommt, falls auf den Haaren des Pferdes reife Magenbremseneier sich befinden. Die Schnelle, mit der die Bremsenlarven sich einbohren, soll sehr groß sein. Brauer sah eine Mäusebremsenlarve (Oestromyia satyrus), die sich in einigen Sekunden zur halben Körpergröße in die Handflächenhaut einbohrte und nach 15 Minuten nicht mehr zu sehen war. Eine ganz unaufgeklärte Frage ist, ob die Gastrophiluslarve ihre Minenarbeit gleich nach dem Hineinkommen in die Haut anfängt oder nicht. Wenn die letzte Annahme richtig ist, und die Larve eine Zeit lang ruhig in der Haut liegen kann, ist es möglich, daß die Stechempfindungen, die von einigen, besonders russischen Autoren als Moment des Eindringens des Parasiten gedeutet wurden, in Wirklichkeit nur mit dem Anfang der Bewegungen der Larve zusammenfallen. Dann wird der plötzliche Anfang der Krankheit (während dem Schlaf, z. B. in Wosstrikows 1. Falle) dem geschilderten Ansteckungsmodus nicht widersprechen.

Die in der Menschenhaut gefundenen 1 mm großen Gastrophiluslarven stehen nach Portschinsky in ihrem 1. Entwicklungsstadium, nur in einem Falle befand sich die 1,5 mm große Larve im Beginn ihrer ersten Mauserung. Die Larven gehören nicht der gewöhnlichen Varietät der großen Magenbremse des Pferdes (Gastrophilus intestinalis), sondern den Varietäten Gastrophilus haemorrhoidalis und Gastrophilus pecorum an. Die beschriebene, zur Mauserung bereite Larve gehörte der Varietät Gastrophilus veterinus an. Zur Bestimmung der Varietäten der Gastrophiluslarven im 1. Entwicklungsstadium schlägt Portschinsky folgendes Schema vor, das auf Berüstung der Segmente des Kopf- und Schwanzendes gegründet ist. Bei Besichtigung der ventralen Fläche zeigt der vordere Rand des 3. Segments 2 Hakenreihen bei Gastrophilus intestinalis, 1 Hakenreihe bei Gastrophilus pecorum und Gastrophilus veterinus, wobei die übrigen Segmente bei Gastrophilus pecorum 2 Hakenreihen, bei Gastrophilus veterinus 1 Hakenreihe besitzen. Bei Gastrophilus haemorrhoidalis hat der vordere Rand des 3. Segments 1 Hakenreihe, die aber an der Mittellinie des Körpers unterbrochen ist. Bei der Untersuchung des Schwanzendes von der dorsalen Seite ist bei Gastrophilus intestinalis nur das letzte (12.) Segment ganz unbewaffnet, bei Gastrophilus haemorrhoidalis und Gastrophilus veterinus besitzen die 2 letzten (11. und 12.), bei Gastrophilus pecorum die 3 letzten (10., 11. und 12.) Segmente gar keine Haken.

Die Ansteckung des Menschen mit Gastrophiluslarven kann nicht durch Pferdekot entstehen, worin entweder große, im 3. Entwicklungsstadium sich befindende Larven oder sogar Puppen vorkommen, aber keine Eier und jungen Larven. Ungeachtet der großen Verbreitung der Pferdemagenbremse als Pferdeschmarotzer, wird die Kriechkrankheit nie bei Pferdeknechten oder Kutschern beobachtet, die gerade so wie die Bauern den infizierten Pferdemist berühren, aber im Gegenteil zu den Landbewohnern die Pferdehaut von den Eiern der Bremsen zeitig, d. h. vor Entstehung der bewegungsfähigen Larven befreien.

Der Beginn der Krankheit in der Wintersaison (Schmid, Kengsep) widerspricht unseren Kenntnissen über die Lebensweise der Magenbremse des Pferdes. Ebenso widersprechen der Annahme der Gastrophiluslarve als Erreger der Kriechkrankheit die Fälle, wo ein naher Umgang mit Pferden für lange Zeit ausgeschlossen war. Gewiß, hier soll die Möglichkeit einer latenten Anwesenheit der Larve in der Haut, wovon wir oben gesprochen haben, nicht vergessen werden. Der Anfang der Krankheit in der Glutäalgegend macht auch das Einwandern eines unbekannten Parasiten aus dem Darmtraktus möglich. Überhaupt wissen wir andere Parasiten, die ähnlicherweise entzünd-

Digitized by Google

liche Streifen in der Haut hervorzurufen imstande sind, das sind die Larven von Hypoderma lineatum, einem Parasit von Büffeln, Ochsen und Schafen (Topsent) und Hypoderma bovis (Schottland, Norwegen, Shetland-Inseln). Diese Fälle unterscheiden sich durch große Schmerzhaftigkeit, viel größere Dimensionen der Gänge und Entstehung eitrig zerfallender Knoten, aus welchen einige Zentimeter große Larven herauskommen.

Die Behandlung der „Creeping Disease" verfolgt die Vernichtung des Parasiten. In russischen Fällen genügte einfache Herausnahme der Larve mit einer Nadel oder Betupfen des Ganges mit Jodtinktur nach Abnahme seiner hornigen Decke. Hutchinson empfiehlt Injektion von 1—2 Tropfen Chloroform, was aber oberflächliche Nekrose zur Folge hat. Rudell hatte Erfolge nach 10%iger Chrysarobinsalbe, Olissow nach 5%iger Kreolinsalbe gesehen. Auerhann beobachtete eine Genesung nach dem Quetschen des aktiven Endes des Streifens, wobei Suffusionen entstanden. Den Parasit kann man mit Kauterisation und Elektrolyse (Shelmire) zerstören. Exzision kann auch Erfolg haben (Rille).

Zur Verhütung der Ansteckung mit Gastrophyluslarven ist am besten eine sorgsame Reinigung der Pferdehaut und Entfernung der Nissen mit einem scharfen Messer, wenigstens jeden 10. Tag zu empfehlen. Damit wird auch die Ansteckung des Pferdes verhütet. Die Behandlung des infizierten Pferdes ist schwierig und gefährlich. Das beste Mittel ist Einnahme der Kohlenschwefelsäure (Perroncito).

Zum Schlusse müssen wir betonen, daß die ätiologisch klare Gruppe der „Creeping-Disease"-Fälle eine besondere Bezeichnung fordert. Wir möchten für sie den Namen „Gastrophilosis cutis" vorschlagen, worunter vorläufig nur eine Unterordnung der gesamten Kriechkrankheit verstanden werden darf[1]).

Anhang.

In der vorliegenden Arbeit, die 1914 verfaßt wurde, konnten die später erschienenen Mitteilungen nicht besprochen werden. Es sind nämlich nordamerikanische (Knowles, Kirby-Smith, Mc Cullagh), mexikanische (Whitehouse, H. Fox) und brasilianische (Rabello) Beobachtungen, in welchen es nur in dem Knowlesschen Falle gelang die Gastrophiluslarve zu entdecken. In einigen Fällen wurden mehrere Gänge (bis zu 38) zugleich (Whitehouse) beobachtet.

In den letzten Tagen kam mir in Moskau zusammen mit Dr. Lapin und Dr. Demjanowitsch ein neuer Fall der Kriechkrankheit zur Beobachtung. Es handelte sich um einen Beamten, der seinen Urlaub im August auf dem Lande (Gouvernement Rjassan) verbrachte, und während dem Schlafe im Freien durch einen stechenden Schmerz geweckt wurde. Beim Erwachen bemerkte er auf der dorsalen Fläche der rechten Hand eine „Fliege", die er tötete. Am nächsten Tage entstand auf derselben Stelle ein juckender, erythematöser Fleck, von welchem aus eine rötliche, leicht erhabene, wellige Linie sich entwickelte, der aber der erythematöse Herd immer voranging. Zur Zeit der Konsultation war der Anfangsteil des Ganges auf der Hand erloschen und nur schwach durch etwas bleichere Färbung der von der Sonne abgebrannten Haut angedeutet. Der Hauptgang war schon auf der Flexorfläche des Vorderarmes zu sehen. Die Larve schien sich etwas weiter vom Anfangsende der Linie zu befinden — nämlich in einer weißlichen, quaddelartigen Erhebung, die von unscharf begrenzter, erythematöser Zone umrandet war. Mittels einer Nadel unter Kontrolle der Lupe gelang es Dr. Demjanowitsch eine typische Gastrophiluslarve herauszubekommen. Obwohl dieser Fall wie auch einige andere ätiologisch aufgeklärt ist, bleibt doch die Frage ungelöst, auf welchem Wege die Larve in die Haut hineingekommen ist. Der oben von mir geschilderte Modus steht manchmal im Widerspruch zu den anamnestischen Daten, wie auch in dem letzteren Falle, da der Anfang der Krankheit mit einem selbstentstandenen Stichschmerz oder sogar mit einem beobachteten Biß eines Dipteron in Zusammenhang gebracht wird. Daraus könnte man zu dem Schluß kommen, daß das befruchtete Weibchen die Larve in die Haut hineinbohrt oder wenigstens auf der Haut eine schon bewegungsfähige Larve gebärt. Bis jetzt ist aber nichts von einer viviparen Art des Gastrophilus bekannt, wenn auch einige Bremsen, wie z. B. Rhinoestrus purpureus Br. oder Oestrus ovis L., ihre Larven direkt im Menschen- und Tierkörper (Konjunktivalsack, Nasenlöcher usw.) ablegen (Portschinsky).

[1]) Neuerdings wurden in japanischen Fällen (Tamura, Ikegami) andere Parasiten — Gerathostomum und Echinorrhynchus sphaerocephalus — gefunden (Ref. Derm. W., 1921, Bd. 72, Nr. 10, S. 205).

Digitized by Google

Literatur.

Die Literatur der „Creeping Disease" bis 1907 ist ausführlich bei Rille und Riecke, „Creeping Disease" in Mračeks Handbuch der Hautkrankheiten, Bd. 4, 2. Hälfte, S. 176, angegeben.

Spätere Publikationen.

1. Aubrhann, Zwei Fälle von Hyponoderma (Creeping Disease). Derm. W., 1914, Bd. 58, S. 673. — 2. Boas, Larva migrans usw. Mh. f. pr. Derm., 1907, Bd. 44, S. 505 bis 513. — 3. Cates, Creeping Eruption. Derm. W., 1914, Bd. 58, S. 417. — 4. Cholodkovsky, Über Gastrophiluslarven in der Menschenhaut. Zoolog. Anzeig., 1908, Bd. 33, S. 409. — 5. Diaz, Myasis linearis. Semana médica, Buenos-Aires 1905, S. 382. — 6. Ehrmann, Atlas d. Hautkrkh., Wien 1912, S. 218. — 7. Gossmann, The Cases of Creeping Disease. J. Am. m. Ass., Januar 1909, S. 38. Ref. Mh. f. pr. Derm., 1910, Bd. 51, S. 533. — 8. Haase, A Case of Larva migrans. J. of cutan. dis., 1910, S. 393. — 9. Hutchinson, An other Case of Hyponomoderma (Larva migrans). J. of cutan. dis., 1908, S. 521. — 10. Machado, Rabello et Goulard, Myasis linearis. Arch. Brasil. de Medic., 1912, S. 395—403. Ref. Brit. J. of Derm., 1913, S. 181. — 11. Pinkus-Corleis, Über Creeping Disease. Verhdl. d. Berl. Derm. Ges., Sitz. v. 16. VI. 1908, Derm. Zschr., 1908, S. 765. — 12. Portschinsky, Die große Magenbremse des Pferdes (Gastrophilus intestinalis De Geer). St. Petersburg 1911, 2. Auflage (russisch). — 13. Rudell, Two Cases of Creeping Eruption with Larvae. J. Am. m. Ass., 1913, 26. VII., S. 247. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 117, S. 825. — 14. Sommer et Greco, Creeping Disease. Revista derm. (Org. oficial de la Societad derm. Argentina), T. II, N. 5, 1914, S. 87 u. 242. — 15. Wosstrikow, Ein Fall von Creeping Disease mit Larvenbefund. Verhdl. d. Moskauer Ven. u. Derm. Ges., Sitz. v. 18./31. Jan. 1908. Ref. Mh. f. pr. Derm., 1908, Bd. 46, S. 250. — 16. Wosstrikow, Zwei weitere Fälle von Porikoscha (Creeping Disease). Verhdl. d. Moskauer Ven. u. Derm. Ges., Sitz. v. 9./22. Nov. 1908, Ref. Mh. f. pr. Derm., 1909, Bd. 47, S. 613. — 17. Wosstrikow und Bogrow, Zur Ätiologie der Creeping Disease. Arch. f. Derm., 1908, Bd. 90, H. 3. — 18. Wosstrikow und Bogrow, Über Porikoscha (Creeping Disease). Russ. Zschr. f. Haut- u. vener. Krkh., 1909, Nr. 5 (russisch).

Literatur zum Anhang.

19. Portschinsky, Die russische Bremse (Rhinoestrus purpureus Br.). St. Petersburg 1908 (russisch). — 20. Portschinsky, Zoolog. Anz., 1910, Bd. 35, S. 669. — 21. Portschinsky, Die Schafbremse. St. Petersburg 1913 (russisch). — 22. Rabello, Bollet. da Soc. brasil. de Derm., 1. IV. 1912, S. 64. Ref. Ann. de Derm. et de Syhp., 1914/1915, S. 429. — 23. Léon, Zbl. f. Bakt. u. Parasit. (Orig. Th.), 1913, Bd. 72, S. 384. — 24. Antonio, Giorn. ital. delle mal. vener., 1915, Nr. 2. — 25. Knowles, J. Am. m. Ass., 15. I. 1916, Bd 66, Nr. 3, S. 172. — 26. Kirby-Smith, Derm. W., 1916, Bd. 62, Nr. 11, S. 241. — 27. Whitehouse, J. of. cutan. dis., 1917, Nr. 3, S. 187. — 28. H. Fox, J. of. cutan. dis., 1917, Nr. 9, S. 608. — 29. H. Guéniot, Les migrations parasitares dans les dermatoses. Thèse, Paris 1911.

Aus dem Zittauer Stadtkrankenhaus (Direktor: Prof. Dr. C. Klienebberger).

Neue Erfahrungen in der Behandlung mit Neosilbersalvarsan.

Von

Dr. Hannes Weber, Assistent der inneren Abteilung.

In Nr. 35/1921 der Dermatol. Wochenschrift berichteten wir[1]) über unsere damaligen Erfahrungen mit Neosilbersalvarsan. Wir wiesen am Schluß darauf hin, daß über die Benutzung anderer Operationsnummern

[1]) Hannes Weber und Erna Hillenberg: Silbersalvarsan- und Neosilbersalvarsanbehandlung, Dermatologische Wochenschrift, Bd. 73, 1921, Nr. 35.

Digitized by Google

gelegentlich von neuem berichtet werden sollte. Wir hatten nämlich damals bereits den Eindruck, daß die einzelnen Präparate verschieden günstig vertragen wurden. Diese Erfahrung ist inzwischen auch in der französischen Literatur bestätigt worden. So betont Paul Ravaut: Accidents produits par les Novarsenobenzènes Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, nach dem Referat von C. Klieneberger (Zentralbl. f. inn. Med., 1922), besonders die Wichtigkeit der Registrierung der einzelnen Präparatnummern.

Wir selbst hatten durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Geheimrat Kolle-Frankfurt a. M. in ausreichendem Maße Gelegenheit, mehrere weitere Operationsnummern des Neosilbersalvarsan anzuwenden, so daß wir im folgenden über die Wirkungen an einem ausgesuchten Krankenmaterial berichten können.

Es handelt sich um vier verschiedene, bei Abschluß der oben erwähnten ersten Zusammenstellung noch nicht verwandte Präparate von Neosilbersalvarsan (Op.-Nr. 20, 55, 56, 62).

70 Patienten sind von uns damit behandelt worden in der Zeit vom April 1921 bis März 1922. Insgesamt wurden etwa 540 Injektionen gemacht. In 25 Fällen kombinierten wir die Kur mit Novasurol, in 2 Fällen von Tabes mit Hg-Schmierkur.

In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um Lues II mit +++ WR bei der Aufnahme. Oft waren es schwer vernachlässigte Kranke mit breiten Kondylomen an der Vulva und an den Nates, teilweise in schwer krankem Allgemeinzustand. In jedem dieser Fälle gelang es die schweren klinischen Erscheinungen in verhältnismäßig kurzer Zeit zum Schwinden zu bringen. Wir benötigten bei allen vier Präparaten dazu durchschnittlich eine Dosis von 1,5—1,9, jedoch fanden sich auch Kranke, bei denen bereits nach 0,5 (!) g Neosilbersalvarsan das Ulkus überhäutet war, oder die Kondylome in deutlicher Rückbildung begriffen waren. Diesen Unterschied in der Intensität der Wirkung auf die Krankheitserscheinungen zeigten alle vier Präparate in gleicher Weise. Man ist daher geneigt, dieselbe auf ein besonders günstiges Ansprechen der betreffenden Patienten auf Arsen zurückzuführen.

Die WR wurde im allgemeinen nach 1,5—2,0 negativ; in anderen Fällen konnten wir erst am Ende der Kur (etwa 3,5 g Neosilbersalvarsan) negativen WR erreichen. Nur selten waren die refraktären Fälle, die auch bei Kombination mit Novasurol +++ blieben, nämlich zwei: erstens eine Lues latens mit dauernd +++ WR, zweitens ein Lichen syphiliticus, der nicht negativ wurde. In 3 Fällen konnten wir nur ein Nachlassen der WR von +++ auf + feststellen.

8 Fälle waren bei der Aufnahme seronegativ, teils waren es Patienten, die ihre dritte oder vierte Kur machten, teils wurden sie wegen Ulcus ad glandem mit indolenten Bubonen (Spirochäten +) usw. behandelt.

Außerdem unterzogen wir 3 Fälle von Lues cerebri, bzw. Gumma cerebri (davon ein Privatpatient Prof. Klieneberger), 3 Fälle von Tabes (davon ein Privatpatient Prof. Klieneberger), 1 Fall von Lues aortae (Privatpatient Prof. Klieneberger) und 1 Fall von tertiärer Lues mit schweren ausgebreiteten Hautulzera der Neosilbersalvarsan-Behandlung. Letztere zeigten eine auffallend schnelle und erfreuliche Heilungstendenz,

Digitized by Google

so daß sie am Ende der Kur (3,4 g Neosilbersalvarsan) völlig überhäutet waren. Dieser Fall war übrigens der einzige, bei dem wir einen Rückschlag der WR (anfangs +++) während der Kur beobachteten von 0 zu +. Sämtliche 3 Tabesfälle reagierten günstig auf Neosilbersalvarsan, so daß einer voll arbeitsfähig, zwei relativ arbeitsfähig entlassen werden konnten, nachdem sich Gangstörungen, Mastdarm- und Blasendysfunktionen, gastrische Krisen während der Behandlung verloren, oder doch subjektiv und objektiv gebessert hatten. Dasselbe günstige Ergebnis brachten uns die Fälle von Lues cerebri, bzw. Gumma cerebri. Von letzteren ist einer vor allem deswegen erwähnenswert, weil er bereits Hg- und Neosalvarsankuren ohne Erfolg hinter sich hatte. Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel, Sehstörungen schwanden bereits nach Injektionen von 0,85 (!) g Neosilbersalvarsan.

Nebenerscheinungen traten viel seltener auf, als wir sie in unserer letzten Zusammenstellung melden mußten. Und sie waren stets nur geringfügig und zum angiomneurotischen Symptomkomplex zu rechnen: so Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Brennen im Halse, ganz selten waren Erbrechen, einmal Nasenbluten. Auch Exantheme wurden beobachtet. Jedoch waren es stets zirkumskripte, fixe: einmal nach der letzten Spritze von 0,45 g am Ende einer Kur von der Gesamtdosis 3,45 g, einmal setzten wir das Präparat vorsichtshalber aus, als nach einer Einzeldosis von 0,5 (!) und einer bis dahin gereichten Gesamtdosis von 1,6 ein fixes Exanthem zich zeigte, und behandelten diesen Fall mit Novasurol weiter. Die Exantheme bildeten sich schnell zurück. In 3 Fällen nur trat nach der Einspritzung schwerere Ohnmacht ein. Wir führen diese unangenehmen drei Zufälle auf ein zu schnelles Injizieren zurück, da uns bei vorsichtiger Injektion nie ernstere Nebenerscheinungen vorkamen.

Unsere Technik blieb dieselbe wie sie in der ersten Arbeit beschrieben wurde. Die Dosierung wurde entsprechend der Anweisung des Herrn Geheimrat Kolle folgendermaßen modifiziert: die ersten Dosen waren stets 0,2, wenn nicht 0,1, erst bei bewiesener guter Verträglichkeit für den einzelnen Patienten stiegen wir auf 0,4—0,45. 0,5 g wagten wir selten, und können uns seitdem auch nicht mehr entschließen, eine so hohe Einzeldosis zu verabfolgen (s. o.). Als Gesamtdosis einer Kur gingen wir über 3,6 nie hinaus und auch diese nur bei kräftigen Männern. In den Fällen von Tabes gaben wir überhaupt nur kleinere Dosen von 0,1—0,3, vor allem aber verwandten wir bei zerebraler Lues (ebenso wie Prof. Klienberger in den oben erwähnten Fällen seiner Privatpraxis) ganz kleine Dosen 0,1—0,2.

Die Kombination einzeitig mit Novasurol (anfangs 1 ccm, später 2 ccm beim einzelnen Patienten) wurde stets gut vertragen, auch die gleichzeitige Hg-Schmierkur zeigte keine nachteiligen Folgen. (Die Kombination von Hg mit Salvarsan wurde seit Jahr und Tag, bereits vor der Mitteilung von Linser, im Stadtkrankenhaus Zittau angewandt.) Als Intervall zwischen jeder Injektion wählen wir die Zeit immer so, daß viermal volle 24 St. und mehr vergangen sind.

Das Ergebnis unserer Erfahrungen mit Neosilbersalvarsan, das ja jetzt dem freien Handel übergeben worden ist, möchten wir dahin zusammenfassen, daß das Neosilbersalvarsan ein zwar vorsichtig zu handhaben-

Digitized by Google

des, dann aber sehr gut verträgliches Heilmittel darstellt, das vor allem durch seine intensive schnelle Wirkung auf die äußeren höchst infektiösen Haut- und Schleimhauterscheinungen eine glänzende Waffe gegen die Syphilis ist, doch auch, wie unsere Darlegungen zeigen, bei den metaluischen Erkrankungen ganz erhebliche Heilerfolge darbietet, erheblichere als andere uns bisher zugängliche Medikamente. Nach unseren Erfahrungen können wir daher seine Anwendung in der Praxis durchaus empfehlen [1]).

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

e. Therapie.

Über „Salvarsanexantheme", von E. Kuznitzky und W. Langner-Breslau. (B. kl. W., 1921, Nr. 52, S. 1534.) Verff. haben auf Grund der von Buschke und Freymann ausgegangenen Anregung ihre Fälle von Salvarsanexanthemen der letzten $2^1/_2$ Jahren zusammengestellt und teilen ohne auf theoretische Erörterungen einzugehen, nur das tatsächliche Material mit. Es handelt sich um 42 — 12 Männer, 30 Frauen — beobachtete leichte (16), mittelschwere (16) und schwere (12) Fälle mit einer Erkrankungsdauer von etwa 1—2 (leichte) — 6—8—12 Wochen (schwere und mittelschwere Fälle). Im großen und ganzen geht die Schwere des Prozesses nicht der Menge des verabfolgten Salvarsans parallel, wenn auch bei Dosen bis 0,45 g NS nur leichte Exantheme vorgekommen sind und die Zahl der schweren Fälle mit der Höhe der Gesamtdosis zugenommen hat. Bezüglich des Einflusses der Dermatitis auf die WR ist noch kein einwandfreies Ergebnis zu erzielen. Bei den nachuntersuchten Fällen — von 42 Patienten 28 — war im einzelnen keine Einwirkung auf die WR zu verzeichnen, in anderen bereits negativ gewordenen Fällen fand sich ein Umschlag in einer positiven WR, und es kam erst durch die weitere antiluetische Behandlung zu einem definitiven Abschluß; es war also der heilsame Einfluß der auch intensiven Dermatitis nicht ausreichend. Eine dritte Gruppe (6 Fälle) blieben nach der Dermatitis dauernd negativ, wenn auch den Verff. die Beobachtungszeit noch nicht genügend lange erscheint, um ein Endurteil abzugeben. Über den Einfluß der die Dermatitis begleitenden Temperatursteigerung kann auch kein definitives Urteil gefällt werden, wenn sie auch besonders bei langer Dauer von Einwirkung zu sein scheint. Als Ursache der Dermatitis nahmen die Verff. in einzelnen Fällen eine Idiosynkrasie gegen Hg an, in den meisten aber führen sie die Auslösung der Dermatitis auf das Salvarsan zurück, teils auf das Arsen als solches, teils auf nicht einwandfreie Neosalvarsanpräparate, wie sie in letzter Zeit häufiger beobachtet sind. Nach Ablauf der Dermatitis haben Verff. anfänglich nur mit Hg weiterbehandelt, jedoch später, da sie sahen, daß von diesen Patienten Salvarsan in den meisten Fällen auch wieder vertragen wurde, vorsichtig mit diesem Mittel behandelt. Während die leichten und mittelschweren und ein Teil der schweren Fälle, wenn auch nach langer Zeit abheilten, kamen von den letzten fünf an Komplikationen zum Exitus. E. Langer-Berlin.

Über eine eigenartige Form von fixem Salvarsanexanthem, von Bruno Süring, Städt. Krankenh. Potsdam. (D. m. W., 1921, Nr. 47, S. 426—427.) Fünf Tage nach der Injektion von Dosis III trat am Gesicht und an allen Extremitäten ein Exanthem auf, das trotz schwerer Entzündung nur einen Tag anhält. Nach zwei weiteren Injektionen erschien das Exanthem am gleichen Tage an denselben Körperstellen. Es handelt sich um eine spezifische Wirkung des Salvarsans auf das vegetative Nervensystem, denn die folgenden Injektionen wurden ohne jegliche Reaktion vertragen, wenn 5 Minuten vorher 1 ccm Adrenalin (1 : 1000) intramuskulär gegeben wurde. Die WR

[1]) Es dürfte ratsam sein, die jeweils verwandten Nummern zu notieren, damit bei eventuell auftretenden Nebenerscheinungen eine bestimmte Anfrage und schnelle Verständigung möglich ist.

Digitized by Google

wurde schon nach 2,4 g Neosalvarsan negativ. Verf. glaubt, daß durch das Salvarsanexanthem die in der Haut liegenden Schutzfunktionen innersekretorischer Art wachgerufen oder besonders verstärkt wurden. F. Harry-Berlin.

Lichen ruber-ähnliche Salvarsanexantheme, von A. Buschke und W. Freymann-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 30, S. 899.) Verff. berichten unter genauester Beschreibung des klinischen Bildes über 3 Fälle von täuschend dem Lichen ruber-ähnlichem Exanthem, das sie auf die Arsenwirkung des zur Behandlung der Syphilis verabreichten Neosalvarsans zurückführen. Differenzen gegenüber dem echten Lichen ruber: das Fehlen von Juckreiz und von Störung des Allgemeinbefindens sowie von jüngeren, für Lichen ruber typischen Herden von Dellung der Knötchen, schließlich das Fehlen des Exanthems. Die histologische Untersuchung ergab im allgemeinen die Zeichen der Dermatitis mit mehr oder weniger ausgeprägten Veränderungen, wie sie bei Lichen ruber bekannt sind. Eine bedeutsame Abweichung boten die gewaltigen Pigmentablagerungen dar, und in klinischer Beziehung der relativ gutartige Verlauf.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Salvarsanschädigungen als Störung des Ionengleichgewichts, von F. Jakobsohn und G. Sklarz-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 44, S. 1327.) Das vermehrte Auftreten von Salvarsanschädigungen in den letzten Jahren ist zum großen Teile auf den sehr gesteigerten Gehalt der Nahrung an Kaliumsalzen bei Verminderung der Kalziumbestandteile zurückzuführen, der während und nach dem Krieg stattgehabt hat. Demnach lag es nahe, die Lebererkrankungen bei Salvarsanbehandlung auf eine summierende Wirkung der K- und As-Ionen bei Mangel an den ihnen antagonistischen Ca-Ionen zurückzuführen, und diese Auffässung findet eine Bestätigung in verschiedenen in der Literatur niedergelegten Beobachtungen über Wechselwirkung bzw. Kumulativwirkung von Salvarsan im Verein mit verschiedenen Substanzen, wie Chinin, Hg, Cu usw. Zur weiteren Prüfung der Frage haben Verff. eine Reihe von Versuchen an (8) Kaninchen ausgeführt, indem sie dieselben der kombinierten Wirkung von KCl und Neosalvarsan (bei intravenöser Verabreichung) aussetzten. Aus den Beobachtungsberichten geht hervor, daß die Zufuhr von an sich nicht schädigenden Dosen sowohl vom Salvarsan wie vom Kalium beim Kaninchen infolge ihrer Summation zum großen Teile blitzartigen Tod, zum kleinen Teile sofortige in die Augen springende schwere Schädigung zur Folge haben kann. Durch reichliche Kalkvorgabe (0,1 Calc. chlorat.) läßt sich eine deutliche Abschwächung der Giftwirkung der Kalium- und Salvarsanzufuhr erzielen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Paroxysmale Hämaturie nach Neosalvarsan, von J. Rohrböck-Budapest. (Orv. Hetilap, 1921, Nr. 2.) (Vorstellung in dem Budapester kgl. Ärzteverein am 11. Dez. 1920.) Ein 39jähr. tuberkulöser Mann bekam nach intravenösen Injektionen in 3—4 Stunden, 2—7 Stunden lang anhaltende durch 2—4 Stunden von Blasentenesmus begleitete Hämaturie. In 4 Fällen von 6 Injektionen zu 0,15, 0,30, 0,50, trat diese Hämaturie auf. Das Medikament zeigte sich laut Untersuchung anstandslos rein. Zystoskopbefund: Die Blasenschleimhaut in Flecken und Streifen hyperämisch. Der Ureterkatheter weist eine rechtseitige Nierenblutung nach. Der Vortragende meint, daß die rechte Niere, trotz der Abwesenheit einer Albuminurie von der Tuberkulose nicht unbeschädigt gewesen sei. M. Porosz-Budapest.

Umfrage über die Zunahme der Erkrankungen an katarrhalischem Ikterus und an akuter gelber Leberatrophie und ihre Ursachen. (M. Kl., 1921, Nr. 19, 20 u. 25.) Es ergab sich, daß diese Zunahme hauptsächlich in einzelnen großen Städten Norddeutschlands, nicht aber, oder jedenfalls weit weniger in Süddeutschland beobachtet worden ist. Als Ursachen kommen in Betracht: Schädigungen durch Nahrungsmittel, Schädigung durch Infektion wie bei der Weilschen Krankheit, Paratyphus usw. und als dritte Gruppe die Syphilis sowohl an sich als in bezug auf die verabreichte Behandlung. Über die Rolle, welche die Syphilisbehandlung, Quecksilber oder Salvarsan, spielte, gehen die vorgebrachten Anschauungen sehr weit auseinander.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Kenntnis der akuten Salvarsannebenwirkungen, von K. Glaser und E. Langer-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 47, S. 1415.) Verff. haben bei 16 mit einer Dosis von 0,45 Neosalvarsan behandelten Kranken alsbald mehr oder weniger heftige Störungen erlebt, während 7 mit Dosis II bzw. Dosis I auch an demselben Tage mit dem gleichen Präparate behandelte Fälle keine Störungen aufwiesen. Die Schädigung läßt sich nicht anders erklären, als durch die Annahme, daß das Medikament (F.M.B. I) nicht einwandfrei war. Die krankhaften Erscheinungen umfassen: Schüttelfrost bzw. Kälte-

Digitized by Google

gefühl, Brechreiz, heftigste Kopf- und Rückenschmerzen, plötzlicher Temperaturanstieg bis 39 und 40°, sehr starke Blässe, besonders um den Mund herum, bei anderen wieder starke Rötung des Gesichts, Injektion der Konjunktiven, weicher, fliegender Puls und andere Kollapserscheinungen. Bei einigen Fällen gingen die Störungen ziemlich rasch wieder vorüber; bei anderen trat erst auf Behandlung mit Adrenalin, Koffein, Pyramidon und (gegen den Brechreiz) Kokain Besserung ein.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zu den Todesfällen nach Salvarsanbehandlung, von L. Sussig-Prag. (M. Kl., 1921, Nr. 36, S. 1082.) Eine 30jähr. Frau mit positiver WR wurde bald nach überstandenem Erysipel und Pneumonie zunächst mit Jodkalium behandelt und erhielt darauf in Abständen von 5 bzw. 4 Tagen dreimal Neosalvarsan in Dosen von 0,1, dann 0,15 und schließlich 0,3. Alsbald nach der letzten Injektion erfolgten schwere Erscheinungen mit Schüttelfrost, Fieber, 40,2°, Koma, Erbrechen, Nackenstarre, Myosis usw. Am 6. Tage nach der Einspritzung Exitus. Sektionsresultat: Encephalitis haemorrhagica mit frischer Blutung im rechten Corpus striatum und frischen punktförmigen Blutungen zerstreut über die ganze weiße Substanz beider Großhirnhälften. Diffuse, katarrhalisch eitrige Bronchitis; zum Teil konfluierte Lobulärpneumonie, frische verruköse Endokarditis, totale adhäsive Perikarditis, Perisplenitis, Perihepatitis, Milztumor, Leberzirrhose, Degeneration der Nieren (Nephritis?) usw.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die für den Arzt wichtigen Identitätsproben des Neosalvarsans, von L. Kofler und A. Perutz-Wien. (W. kl. W., 1921, Nr. 49, S. 594—595.) Eine einwandfreie Identitätsprobe des Neosalvarsans gibt es zur Zeit nicht. Doch zeigt es eine ganze Anzahl Reaktionen, die als Orientierungsproben gewertet werden können. Der Chemiker muß eine vollständige qualitative und quantitative Untersuchung durchführen. Der Arzt aber wird sich jener Probe bedienen, welche bei entsprechender Eindeutigkeit Zeit und Material erspart. Empfohlen werden für ihn folgende Reaktionen: Einen Tropfen aus der salvarsangefüllten Spritze auf Filtrierpapier fallen lassen, das mit 1 bis 10%iger Silbernitratlösung oder Eisenchloridlösung getränkt ist. Es folgt Schwarz- bzw. Violettfärbung; ferner gibt 10%iges Neosalvarsan + 3%iges Wasserstoffsuperoxyd Rotfärbung. Eventuell Diazoreaktion nach Abelin-Perutz. H. Soltmann-Leipzig.

Behandlung der Syphilis mit Wismut (Traitement de la syphilis par le bismuth), von Sazerac und Levaditi. (Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences. Bd. 173, S. 338.) Anschließend an ihre Tierversuche mit Wismuttartrat haben Verff. auch Versuche an syphiliskranken Menschen gemacht, und zwar haben sie einen primären (Infektion von 12 Tagen), zwei sekundäre und zwei tertiäre Luesfälle der Behandlung mit diesem Mittel unterzogen. Sie injizierten intramuskulär — von subkutanen und intravenösen Injektionen raten sie ab — das in Öl suspendierte Wismutsalz alle 3—6 Tage. Sie geben bei dem Primäraffekt 1,11 g in 9 Injektionen, bei Fall II (Lues II) 10 Injektionen = 1,4 g, Fall III (Lues II) 8 Injektionen = 1 g, Fall IV (Lues III) 6 Injektionen = 1,5 g, Fall V (Lues III) 6 Injektionen = 1,3 g. D. h. die Verff. versuchen, in der Lues der Spätperiode mit wenigen, dafür energischen Dosen der Krankheit beizukommen. In dem Falle der Primärperiode gelang es ihnen, in kurzer Zeit den Wassermann negativ zu machen, in den anderen 4 Fällen blieb er positiv. Als Komplikationen beobachteten sie bei dem einen Stomatitis, bei dem anderen eine Erscheinung der Mundschleimhaut, ähnlich dem Bleisaum. Zusammenfassend bemerken die Verff., daß zwar die Spirochäten ziemlich rasch (3.—5. Tage nach Beginn der Behandlung) aus den Papeln verschwinden, Gummen und andere tertiäre Syphilide gut zur Heilung kommen, daß aber andererseits, wie schon oben erwähnt, eine gewisse Resistenz des Umschlages der WR zu bemerken ist und daß im ganzen natürlich die Beobachtungszeit eine viel zu kurze ist, um ein irgendwie abschließendes Urteil schon jetzt fällen zu können.

K. Glaser-Berlin.

Die Wirkung der Milchinjektionen bei Syphilis, von J. Sellei und M. Kraus. (Budapesti Orv. Ujsag., 1918.) Bei Primäraffekt und sekundären Erscheinungen tritt nach Milchinjektion starke Reaktion auf (Herxheimersche Reaktion); auch auf Späterscheinungen wirkt Milch heftig. Bei zerebralen Erscheinungen war diese heftige Wirkung öfters von unangenehmen Nebenerscheinungen begleitet. Auch die WR wird von den Milchinjektionen beeinflußt. In einigen Fällen wurde die positive Reaktion wieder negativ, hingegen blieben andere Fälle wirkungslos. M. Porosz-Budapest.

Provokationsversuche mit Milchinjektionen bei Lues latens, von J. Gussman-Budapest. (Orv. Hetilap, 1921, Nr. 25.) Die Versuche wurden bei 3 Gruppen von Kranken ausgeführt. 1. Bei jungen Spitalkranken, die nach Abheilung frischer klinischer

Digitized by Google

Symptome seronegativ waren. Von 73 solchen Kranken gaben 11, 4—6 Tagen nach einer 10-ccm-Milchinjektion, eine positive WR. 2. Von 63 Fällen, die schon längere Zeit vorher in Behandlung standen und derzeit klinische Symptome zeigten, deren WR negativ war, gaben auf Milchinjektionen 15 positive WR. Die 3. war die Kontrollgruppe: Fälle ohne Lues (Ulcus molle, Bubo, Bartholinitis). Von 31 solcher Kranken gab nach der Milchinjektion kein einziger eine positive WR. Temperatursteigerung war ohne jeden Einfluß auf die Reaktion, denn fast alle hatten nach der Injektion 38 bis 40° C. Diese Befunde sind mit der Weichardtschen Protoplasmaaktivierung zu erklären. Die nach einer kombinierten starken Behandlung stets positiv gebliebene Reaktionen, können ohne Behandlung nach einer Milchinjektion in 4—5 Tagen in negative umgewandelt werden. Akute infektiöse Krankheiten können bei Lues latens eine Eruption klinischer Symptome hervorrufen. M. Porosz-Budapest.

Ulcus molle, Granuloma venereum usw.

Zur Abortivbehandlung der nach Ulcus molle auftretender Bubonen, von L. Dub-Prag. (M. Kl., 1922, Nr. 11, S. 560.) Das Ulcus molle behandelt Verf. vorzugsweise durch gründliches Ätzen mit Cuprum sulfuricum, worauf Jodoform- oder Sozojodolnatrium-Einpuderung und Bedecken mit Diachylonsalbenverband folgt. Die Bubonen werden mit Äthylchlorid vereist. Gewöhnlich genügte das an fünf aufeinanderfolgenden Tagen vorgenommene, höchstens 30 Sekunden dauernde Besprengen des mit Vaselin einzufettenden Gebietes, um Rückbildung des Bubos zu bewirken.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Lymphogranuloma inguinale (einfaches adenogenes Geschwür der Genitalien) (Le lympho-granulome inguinal ulcère simple adénogène des parties génitales), von Louis Bory. (Progr. Méd., 1921, Nr. 49.) Es handelt sich um einen subakut auftretenden Prozeß, bei dem gewöhnlich sehr geringe Erosionen an den Genitalien vorhanden sind, in denen jedoch der Nachweis von Streptobazillen oder Spirochäten niemals gelingt. Die Bezeichnung ist wohl nicht ganz zutreffend, da die gleiche Affektion auch an den Drüsen anderer Regionen auftreten kann. Es dürfte sich um eine spezifische Affektion handeln, die Züchtung verschiedener Keime, besonders eines Diphtheribazillus ähnlichen ist gelungen, jedoch noch nicht einwandfrei. Für die Heilung kommt nicht nur die bisher empfohlene totale Exzision in Frage, sondern auch intravenöse Injektion von Emetin, Radiotherapie, Punktion der erweichten Herde mit nachfolgender Einspritzung von Xylol-Jodoformöl oder Xylol-Jodöl, Exzision oder Kauterisation des Schankers. E. Levin-Berlin.

Blennorrhoe.

b. Pathologie und Klinik.

Hautschädigung beim Neugeborenen durch Gonokokken, von Liebe, Prov.-Hebammenanst. Elberfeld. (D. m. W., 1921, Nr. 52, S. 1590.) Verf. beobachtete bei einem neugeborenen Kinde hirsekorn- bis linsengroße Bläschen am Daumen und an der Wange, in deren Inhalt nur Gonokokken nachgewiesen wurden. Die Infektion der Haut dehnte sich vom Daumen auf die Hand und von der Wange auf einen großen Teil der Kopfhaut aus. Behandlung mit konzentrierter Höllensteinlösung. Die zarte Haut der Neugeborenen ist demnach unter Umständen für Gonokokken ein geeigneter Nährboden.
F. Harry-Berlin.

Eine Ursache von Irrtümern bei der Dreigläserprobe (Una causa di errore nella prova dei tre bicchieri), von Giovanni Tomasinelli-Turin. (Rif. med., Jahrg. 38, Nr. 3.) Anläßlich eines speziellen Falles erörtert Verf. das Wesen der Dreigläserprobe und zählt die Fälle auf, bei welchen die ersten zwei Portionen klar, die dritte dagegen trüb sein kann. Differentialdiagnostisch kommt dabei Zystitis, Prostatitis, Urethritis posterior, Harnsäure und Phosphaturie in Betracht. E. Freund-Triest.

Die Bedeutung der Gonorrhoe in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett, von Georg Schollmayer. (Diss., Gießen 1920.) Fünf Fälle. Die Bedeutung der Blennorrhoe für den Ablauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett an und für sich ist nicht besonders groß. Die Gefahren der Blennorrhoe bestehen mehr in der Fertilitätsherabsetzung und Sterilität der Frau. F. Weiler-Leipzig.

Digitized by Google

c. Therapie.

Die Verallgemeinerung der Kutanimpfung nach Ponndorf mit besonderer Berücksichtigung der Gonokokkenkutanimpfung, von F. Schmidt-La Baume-Klettwitz (N.-L.). (M. Kl., 1921, Nr. 43, S. 1289.) Die spezifische Anreicherung der Haut, insbesondere der Stachelschicht, wie dies bei der Ponndorfschen Kutanimpfung erfolgt, hat Verf. zur Behandlung der blennorrhoischen Infektion mit gutem Erfolg in Anwendung gezogen. Er verwendete dabei teils Arthigon extra stark, teils eine von den Höchster Farbwerken zu diesem Zwecke speziell hergestellte Vakzine, Gonargin extra stark, die 10000 Millionen Keime in 1 ccm enthielt. Der Bericht bezieht sich auf einige 50 Fälle, teils akute, teils chronische mit und ohne Komplikationen wie Epididymitis und Prostatitis. Als Resultat seiner Beobachtungen kommt Verf. zu dem Schlusse, daß dieses Verfahren zwar die Lokalbehandlung der Blennorrhoe nicht entbehrlich macht, aber doch entschieden einen Fortschritt darstellt in bezug auf die schnellere Abtötung der Gonokokken. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Wirkungsweise und das Altern der Vakzins (speziell bei Gonorrhoe), von A. Buschke und E. Langer. (Kl. W., 1922, Nr. 3, S. 122.) Günstige Mitteilungen über die Wirksamkeit von Autovakzine und eigene wenig erfolgreiche Beobachtungen mit käuflicher Vakzine, sowie zufällig gemachten Untersuchungen des Inhaltes der letzteren, veranlaßten die Verff., sich sowohl klinisch wie auch bakteriologisch-chemisch näher mit einer Nachprüfung der Vakzine zu befassen. Bei klinischen Untersuchungen mit heterogener, meist polyvalenter, frischer Vakzine — von autogener wurde aus verschiedenen angeführten Gründen bald Abstand genommen — fand sich eine bedeutende Überlegenheit dieser der käuflichen Vakzine gegenüber. Wenn die Verff. auch, wie in früheren Arbeiten, stets betonen, daß mit der Vakzine allein Heilungen nicht zu erzielen sind, so ist doch zur Unterstützung und Beschleunigung der übrigen Therapie besonders bei Nebenhodenentzündungen und Gelenkerkrankungen die frische Vakzine der käuflichen bei weitem vorzuziehen, ebenso aber auch der üblichen parenteralen Proteinkörpertherapie. Auch die bakteriologische Untersuchung ergab weitgehende Differenzen. Während die frische Vakzine trübe und undurchsichtig ist und bei Deckglasausstrichen großer Mengen einzelner und in Haufen liegender, gut färbbarer Gonokokken zeigt, sind in der stets klaren, alten käuflichen Vakzine selbst nach zweistündigem Zentrifugieren keine oder nur geringe Mengen schlecht färbbarer Gonokokken anzutreffen gewesen. Aber auch bei der eigenen frischen Vakzine fand sich ein Abnehmen der Formbestandteile innerhalb vier Wochen. Kontrolluntersuchungen mit käuflicher Pneumo-, Strepto-, Staphylokokkenvakzine, ebenso mit solcher von Koli-, Typhus- und Ruhrbazillen zeigten, daß die verschiedenen Vakzine der verschiedenen Bakterienarten eine verschieden lange Lebensdauer haben, und daß nach den von den Fabriken gemachten Datenangaben die Vakzine der Koligruppe am haltbarsten sind, denen Pneumo-, Strepto- und Staphylokokken folgen, und daß die Gonokokkenvakzine am schnellsten sich auflösen. Auch die chemische N-Untersuchung ergab verschiedene Resultate je nach dem Alter, und zwar den größten N-Gehalt bei käuflicher Vakzine. Verff. sind der Ansicht, daß die Vakzine durch das Lagern altern, d. h. einer Autolyse verfallen, die von der Empfindlichkeit der Bakterienleiber und der Konservierungsform abhängig ist. Man muß im allgemeinen annehmen, daß bei den bakteriellen Vakzins zwischen der Formerhaltung und der Wirkung gewisse Beziehungen bestehen. Die Arbeit soll zur Anregung dienen, die aufgeworfene Frage an größerem Material und mit größeren Mitteln nachzuprüfen und festzustellen, wie dem augenblicklichen sinnlosen Schematismus in der Therapie gesteuert werden kann. Autoreferat.

Hexursan, ein Antigonorrhoikum für internen Gebrauch, von R. Pölland-Graz. (M. Kl., 1921, Nr. 37, S. 1117.) Die von der Neuthor-Apotheke in Graz zu beziehende, als Hexursan bezeichnete Mischung stellt einen Auszug aus einigen bei der Tripperbehandlung nützlichen (einheimischen) Drogen dar mit einer Zugabe von Hexamethylentetramin und Phosphorsäure. Man verordnet von dem Mittel 3—4 Eßlöffel voll in etwas Wasser täglich zu nehmen. Es ist nicht unangenehm im Geschmack. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Kreargol, ein neues Antigonorrhoikum, von G. Kerészt und A. Perczel-Neupest. (Gyógyászat, 1921, Nr. 30.) Die Verff. waren bestrebt, wegen der schlechten Valutaverhältnisse ein dem Protargol gleichwertiges Mittel billig herzustellen. Kreargol ist eine 10%ige Lösung des Argentum sulfocreosolicum. Von dieser Lösung wurde in

Digitized by Google

der Harnröhre (nach vorhergehender Auswaschung mit lauwarmen Wasser) 15—20 ccm zweimal täglich eingespritzt und 2—5 Minuten darin gehalten. Nach 1—2 Einspritzungen sollen die Gonokokken endgültig verschwunden sein. M. Porosz-Budapest.

Die Proteinkörpertheorie bei gonorrhoischen Komplikationen und bei Ulcus molle, von E. Langer-Berlin. (M. Kl., 1921, Nr. 23, S. 684.) Prompte Wirkung bei beginnender Nebenhodenentzündung mit Abnahme des Schmerzes und Steigerung des Schlafbedürfnisses. Eine wirkliche Ausheilung der Affektion konnte aber mit den Injektionen nicht erzielt werden, und auch bei akuter Prostatitis erwies sich das Verfahren als unzureichend. Bei zwei Fällen nicht blennorrhoischer Epididymitis wurden die akuten Erscheinungen günstig beeinflußt. Bubonen reagierten günstig, sowohl im Anfangsstadium wie auch bei fortgeschrittenem Zustande. Das gleiche gilt für Furunkel bei länger fortgesetzter Behandlung. Das Ulcus molle zeigte sich dagegen ungeeignet für die Eiweißtherapie. Caseosan wirkte bei zwei Fällen von Arthritis günstig, scheint aber zu Augenstörungen Anlaß zu geben. Mit Hühnereiweiß und mit Aolan wurde in keinem Falle ein deutlicher Erfolg erzielt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Diathermie bei Prostatitis gonorrhoica chronica, von O. Simmondo-Frankfurt a. M. (M. Kl., 1921, Nr. 45, S. 1357.) Eine Metallelektrode wird in den Mastdarm eingeführt und eine indifferente Plattenelektrode aus Blei oder Staniol in der Größe von $^{12}/_{18}$ cm wird oberhalb des Os pubis aufgesetzt. Die Stromstärke beträgt 1 bis 1,75 bis 2 Ampère, die Dauer der Sitzung im allgemeinen 15—20 Minuten, eventuell $^1/_2$ Stunde. Man warne den Pat. vor dem Bestreben, möglichst viel Hitze aushalten zu wollen. Gelegentlich war alsbald nach der ersten Sitzung eine Linderung der Beschwerden wahrzunehmen, aber die meisten Kuren erfordern 12, 15 und 30 Sitzungen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Thermopenetration in der Therapie der weiblichen Gonorrhoe, von Ivan von Büben, Univ.-Frauenkl. Budapest. (D. m. W., 1921, Nr. 47, S. 1427—1428.) Mit dem Instrumentarium für Thermopenetration von Reiniger, Gebbert und Schall wurden 110 weibliche Blennorrhoekranke zweimal in der Woche 15—20 Minuten bei 46 bis 47° C behandelt. In 78% Heilung nach zehnmaliger Behandlung.
F. Harry-Berlin.

Die Rolle der Thermopenetration in der Therapie der Gonorrhoe der Weiber, von J. v. Büben-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1921, Nr. 8.) Von 110 Fällen chronischer Blennorrhoe genasen 86 (78%), erfolglos wurden behandelt 24 (21%). Die Sitzungen wurden zweimal in der Woche vorgenommen. Nach 1—5 Sitzungen heilten 14 (16%), in 5—10 Sitzungen 38 (44%), nach über 10 Sitzungen 34 (39%). Die Heilerfolge stiegen in den letzten Jahren von 60—70% auf 85%. Durchschnittsdauer der Heilung betraf 4—5 Wochen. In Fällen unkomplizierter Blennorrhoe ist Thermopenetration überflüssig. Bei akuten Komplikationen ist die Thermopenetration kontraindiziert. In hartnäckigen chronischen Fällen, wo man zum Sitz der Krankheit nicht hinzukommen kann (Ovarien), ist die Thermopenetrationsbehandlung fast die einzige, durch welche der Sitz der Krankheit zugänglich ist. Um die Temperatur nicht zu hoch steigen zu lassen, wendet der Verf. aus Wooderz gegossene Oliven an, welches Erz unter der Temperatur des siedenden Wassers schmilzt. In ein Loch der Olive wird ein Thermometer geführt, um zu kontrollieren, daß die Temperatur unter 50° C bleibt. Die andere Elektrode ist handgroß und wird zwischen Symphyse und Nabel plaziert; sie ist aus Blei und läßt sich auf die Bauchwand gut angeschmiegt anlegen. Die einzelnen Sitzungen dauern 15—20 Minuten. M. Porosz-Budapest.

Über die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe, von H. Seil. (Diss., Marburg 1920.) Heiße Bäder haben auf die blennorrhoische Infektion der Urethra, der Zervix, des Endometriums sowie der Blase keinen wesentlichen heilenden Einfluß. Sie wirken hingegen auf die blennorrhoischen Adnextumoren und auf das Allgemeinbefinden günstig ein. F. Weiler-Leipzig.

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines, Anatomie.

Die Anwendung des Hochfrequenzstromes in der Chirurgie und besonders in der Urologie (Les courants de haute fréquence. Leur emploi en chirurgie et particulièrement en urologie), von J. Martin. (Gaz. des Hôp., 1921, Nr. 99, S. 101.) Beschreibung der Apparatur und der Wirkung auf das lebende Gewebe, die zunächst in einer Temperatursteigerung innerhalb desselben besteht. Anwendung in der Urologie

Digitized by Google

entweder als Elektrokoagulation (Elektrode in direktem Kontakt mit dem Gewebe) oder als Fulguration (Elektrode in gewissem Abstande von dem Gewebe). Die Einwirkung ist hier oberflächlicher, eher zu begrenzen, doch ist wohl auch von der hier wesentlichen mechanischen Wirkung die thermische nicht ganz zu trennen. Die Wirkung tritt viel langsamer ein. E. Levin-Berlin.

b. Penis, Urethra, Blase.

Totale Emaskulation bei ausgedehntem Peniskarzinom, von S. Hadda-Breslau. (Arch. f. kl. Chir., Bd. 117, H. 2, S. 244—260.) Verf. hat in einem Falle von Peniskarzinom mit Drüsenmetastasen in beiden Leistengegenden durch die totale Emaskulation einen guten Erfolg — bisher vier Jahre rezidivfrei — erzielt. Er empfiehlt diese technisch einfache Operation für alle Fälle von weit fortgeschrittenem Peniskarzinom. M. Rehbein-Hamburg.

Über Induratio penis plastica nebst einem Beitrag zu ihrer operativen Behandlung, von Sonntag-Leipzig. (Arch. f. kl. Chir., 1921, Bd. 117, H. 4, S. 612—646.) Pathologisch-anatomisch handelt es sich um eine von der Albuginea ausgehende Verhärtung. Die Pathogenese ist ungeklärt. Die Prognose quoad sanationem ist ungünstig. Therapeutisch am aussichtsvollsten sind Strahlenbehandlung und in geeigneten Fällen Operation. Verf. hat einen Fall ohne Erfolg operiert, einen zweiten beobachtet. Bei diesem kam es spontan zur Besserung. M. Rehbein-Hamburg.

Beitrag zur operativen Therapie der Harninkontinenz, von H. Hisgen, Evang. Krankenh. Trier. (Zbl. f. Gyn., 1921, Nr. 49, S. 1783.) Verf. wandte in einem im Ausland mehrmals vergeblich operierten Falle von Harninkontinenz eines Pat., der schon neun Jahre lang ungeheilt sich mit dem Leiden trug, mit gutem Erfolge die von Stoeckel angegebene Faszienpyramidalisplastik an, wobei er auf van Rooys Anregung die Faszienstreifen an Leittampons anheftete. Auch von der orientierenden leichten Blasenfüllung nach Fuchs sah er einen großen Vorteil. Es gelang leicht, die Blase stumpf von der hinteren Symphysenwand zu lösen; auch die Einstülpung der Urethrozystokele durch Katgutnaht ging leicht vor sich. Die mit spärlicher Muskulatur versehenen Faszienstreifen versahen gut ihre Funktion. Schwierigkeit machte nur die Wiedervereinigung der Bauchfaszie, da sich die Wundränder stark retrahiert hatten. Der Fall zeigt wieder die Leistungsfähigkeit der Operation, die bisher nur bei solchen versagte, deren Inkontinenz durch ein zentrales Nervenleiden verursacht oder kompliziert wurde. A. Rosenburg-Berlin.

Die operative Behandlung der Incontinentia urinae, von H. Flörcken-Frankfurt a. M. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1921, Bd. 124, H. 2, S. 458—466.) Bildung eines neuen Sphinkters durch Rektusmuskel-Faszienlappenmodifikation der Göbel-Stöckel-schen Methode. In zwei Fällen zufriedenstellendes, in einem Falle unvollkommenes Resultat. M. Rehbein-Hamburg.

Zur Behandlung der Incontinentia urinae, von H. Flörcken, St. Marienkh. Frankfurt a. M. (D. m. W., 1921, Nr. 48, S. 1486.) Verf. empfiehlt bei Incontinentia urinae und bei Epispadie die Ringbildung um den Blasenhals mittels eines M. rectus und Faszie. F. Harry-Berlin.

Die Behandlung der Enuresis, von J. Zappert-Wien. (Kl. W., 1922, Nr. 2, S. 75.) Ausgehend von der Auffassung der Enuresis als einer rein funktionellen Erkrankung, bei der aber außerdem psychische und physische Gelegenheitsursachen auslösend wirken können, gibt Verf. eine umfassende Darstellung der hauptsächlichst angewandten Therapie, die er mit der bei Schilderung dieser Erkrankung notwendigen Skepsis bezüglich ihrer Heilbarkeit betrachtet. Er bespricht die medikamentöse Therapie, bei der er das Belladonna am meisten empfiehlt. Die Organotherapie könne, da sie unschädlich sei, auch hinzugezogen werden. Von der elektrischen Behandlung gibt er gegenüber der Galvanisation und Franklinisation dem faradischen Strom den Vorzug. Massage des Blasenhalses, d. h. der Prostata dürfte bei heranwachsenden Knaben nicht ganz ungefährlich sein. Lokale Eingriffe in die Blase — Einträufelungen, Sondenbehandlung, Blasenspülungen, Übungstherapie durch starke Blasenfüllung — werden besprochen, daneben die Cathelinschen epiduralen Injektionen und ihre Modifikationen, die schließlich, wie die meisten anderen angewandten Therapeutika, auf ein eindrucksvolles Suggestivverfahren hinauslaufen. Bei der diätetischen Behandlung dürfte wohl das Hauptmoment die gute Ernährung sein. Dem Entziehen von Flüssigkeit, besonders am Nachmittag und Abend, dürfte vielleicht einige Bedeutung zugesprochen sein. Des weiteren werden besprochen der Einfluß der Änderung der äußeren Verhältnisse, hydrothera-

Digitized by Google

peutische Prozeduren, Beeinflussung des Schlafes, Veränderung der Lage im Bett durch Höherlegen des Gesäßes resp. des Bettendes und dann die Psychotherapie und Hypnose, die in manchen Enuresisfällen von entschiedenem Erfolg ist. Im großen und ganzen gibt Verf. einen kritisch beleuchtenden Überblick über die Machtlosigkeit der Therapie gegenüber der Enuresis und empfiehlt schließlich analog anderen Einrichtungen für bettnässende Kinder und Erwachsene Heime, besonders Internate, Schlafstätten und Erholungsheime in Form von Ferienkolonien zu gründen. E. Langer-Berlin.

Die Extraperitonisierung der Harnblase (Voelcker) als Methode der Wahl bei Resektionen, Divertikeln und Totalexstirpationen, von H. Borninghaus-Halle. (D. Zschr. f. Chir., 1921, Bd. 165, H. 3 u. 4, S. 257.) Beschreibung der von Voelcker angegebenen Operationstechnik, deren Brauchbarkeit und Überlegenheit den anderen Methoden gegenüber an Hand von fünf Fällen gezeigt wird.

M. Rehbein-Hamburg.

Fremdkörper in der Harnröhre, Blase und in dem Ureter (Kasuistik), von O. Schnetzer-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1921, Nr. 15.) In dem Budapester Königl. Ärzteverein wurden folgende Kranke vorgestellt (Sitzung 19. Febr. 1921). 1. Ein 57jähr. Mann brachte sich „aus Dummheit" drei Stück Pflaumenkerne in die Harnröhre. Wegen schmerzhaften Urinierens suchte er die Klinik auf. Die Entfernung mit Hakenzange gelang ganz leicht. 2. Ein 48jähr. Mann steckte sich im onanistischen Spiele eine 20 cm lange Trachea einer Ente in die Harnröhre; von dort schlich sie in die Blase. Zystotomie. Bei der Entfernung zeigte sich reichliche Inkrustation. 3. Ein 31jähr. Mann bekam im Jahre 1915 einen Schrapnellkugelschuß durch den Glutäus in die Blase. Hämaturie sistierte spontan in zwei Wochen. Fünf Jahre lang ohne Beschwerden gewesen. Nach einer Wagenfahrt stellte sich Hämaturie ein, welche in zwei Monaten wiederholt auftrat. Die Zystoskopie wies einen Stein nach, welcher durch Epizystotomie entfernt, einen exzentrischen Kern von der Kugel gebildet zeigte. 4. Ein 24jähr. Mann bekam einen Granatsplitter in die Seite. Durch Röntgenuntersuchung lokalisiert, fand sich der Splitter in dem Ureter 5 cm über dem Ostium vesicale. 5. Ein 20jähr. Mann steckte sich während des Onanierens Wachs in die Harnröhre, von wo es in die Blase glitt. Entfernung geschah mit einer Joningschen Zystoskopzange.

M. Porosz-Budapest.

Über das sogenannte Ulcus simplex der Blase, von Rudolf Paschkis-Wien. (W. m. W., Nr. 42, S. 1806—1809, Schluß zu Nr. 39/40.) Verf. erwähnt, daß für einige Fälle die von Blum beschriebene verdauende Wirkung des Harn als Entstehungsursache in Frage kommt, glaubt jedoch, daß dies bei weitem nicht das einzige ätiologische Moment ist, sondern hält es nach bakteriologischen Untersuchungen, die er gemeinsam mit Lipschütz gemacht hat, für sehr wohl möglich, daß auch bei Ulcus simplex der Erreger des Ulcus vulvae acutum eine Rolle spielt. Die beste Therapie scheint ihm die Elektrokoagulation bzw. Fulguration zu sein. K. Glaser-Berlin.

Über Zystoskopie in der luftgefüllten Blase, von G. Linzenmeier-Kiel. (Zbl. f. Gyn., 1921, Nr. 49, S. 1786.) Die mit Luft gefüllte Blase gibt nicht so gute Bilder wie die mit Wasser gefüllte, da ihre Innenfläche wie lackiert erscheint und jede kleine Erhabenheit mit glänzenden, den Totaleindruck störenden Lichtreflexen besetzt ist. So ist die Wasserfüllung stets vorzuziehen; nur bei Narbenschrumpfblase und bei manchen Fällen von Fisteln und Inkontinenz empfiehlt Verf. die Luftfüllung, da hier mitunter nicht einmal 20 ccm Flüssigkeit gehalten werden und die Gefahr einer Blasenzerreißung besteht. Verf. macht auf die Gefahr der Luftembolie aufmerksam und empfiehlt deshalb den von Polano und Burkhardt angegebenen Sauerstoff. Auch gegen die von Stöckel empfohlene Knie-Brustlage, die die Frauen nur sehr ungern einnehmen, die zwar sehr schön den Durchtritt des Urines durch die Luftschicht in der Blase in Erscheinung treten läßt, wendet sich Verf. Er sah auch in Rückenlage, wenn er durch die Ureterenöffnung des Zystoskopes ständig Luft einpumpte, alle Einzelheiten deutlich, ja in einem Falle, wo ein ständiger Austritt von Eiter aus einem Ureter die Wasserzystoskopie ausschloß, führte die Luftzystoskopie zum Ziele und zur Diagnose.

A. Rosenburg-Berlin.

Die Bekämpfung der postoperativen Urinverhaltung durch intravenöse Urotropininjektionen, von E. Vogt, Univ.-Frauenkl. Tübingen. (Zbl. f. Gyn., 1921, Nr. 49, S. 1781.) Verf. sah die nach Operationen und Geburten oft auftretende Dysurie und Urinverhaltung nach intravenöser Injektion von 7—10 ccm einer 40%igen sterilen Urotropinlösung spontan zurückgehen. Die Wirkung tritt meist 8—12 Stunden nach der Injektion ein, und meist arbeitet dann die Blase störungslos weiter. In letzterer Zeit

Digitized by Google

hat Verf. erst am Abend des Operationstages Urotropin injiziert, da er fand, daß dann 5 ccm genügten, meist auch kein störender Harndrang oder Tenesmen auftraten und die Miktion schmerzfrei war. Auch in therapeutischer Anwendung bei Zystitis oder Zystopyelitis sah Verf., wie O. Sachs, ein sofortiges Verschwinden der Bakterien aus dem Urin. Bei über 200 Fällen sah Verf. niemals eine ernstlichere Schädigung und stets einen sicheren Erfolg. A. Rosenburg-Berlin.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Die Funktion der Prostata, von J. Sellei-Budapest. (Budapesti Orv. Ujság., 1917, Nr. 36.) Versuche, welche sich auf eine innere sekretorische Wirkung der Prostata bezogen, fielen negativ aus, auch konnte keine physiologische Korrelation zwischen Prostata und anderen endokrinen Drüsen festgestellt werden. Die Extrakte der Glandula pinealis und Hypophyse, also von endokrinen Drüsen, welche mit den Keimdrüsen in engerer Beziehung stehen (sowie auch Extrakte der Thyreoidea und der Thymusdrüse), hatten weder in den Hoden noch in der Prostata von den zu Versuchszwecken angewendeten Kaninchen irgend welche Veränderungen hervorgerufen.
M. Porosz-Budapest.

Versuche mit Extrakten der Prostata, von J. Sellei-Budapest. (Orv. Hetilap, 1918.) Es wurden Stier- und Pferde-Prostataextrakte angewendet, und dieselben teils intravenös, teils subkutan Hunden und Kaninchen injiziert, doch konnte weder in den Prostaten und Hoden der so behandelten Tieren noch in anderen endokrinen Drüsen durch die Behandlung eine wesentliche objektive Veränderung hervorgerufen werden. Es wirken demzufolge die Prostataextrakte nicht auf die Prostata; hingegen konnten mit den eiweißhaltigen Prostataautolysaten bei Prostatitis und manchmal auch bei beginnender Prostatahypertrophie therapeutische Erfolge erzielt werden, was mit den Wirkungen der Proteintherapie in Zusammenhang gebracht wird. M. Porosz-Budapest.

Zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Moritz Porosz. (Klin. ther. Wschr., Nr. 43/44, S. 311—316.) Nach längeren Ausführungen über die Pathogenese und operative Therapie der Prostatahypertrophie kommt Verf. auf die von ihm besonders empfohlene konservative Methode des Faradisierens der Prostata, die speziell den subjektiven Symptomen gegenüber von ausgezeichneter Wirkung ist.
K. Glaser-Berlin.

Zur Röntgenologie der Prostata, von Friedrich Kraft. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1922, Bd. 28, H. 6.) Durch die Röntgenuntersuchung können indirekt erkannt werden: 1. Prostatakarzinom (durch Übergreifen auf die Blase); 2. Prostatahypertrophie; es zeigen sich bei kontrastgefüllter Blase sowohl deren primäre Veränderungen (Verlust der Wölbung des Blasengrundes, Birnform der Blase oder Kartenherzform) als auch die Folgezustände (Balkenstruktur der Muskulatur, Bildung von Rezessus). Ferner erkennt man Veränderungen und Folgezustände nach Prostatektomie (sogenannter Vorblase infolge von Schädigung des Sphinct. int., Prostatanische). Direkt zu erkennende Prostataerkrankungen sind: 1. die (echten und sekundären) Prostatasteine (Differentialdiagnose): Grieß in der Blase, Blasensteine, Kalkablagerungen der Prostata, Kalkablagerungen in Samenbläschen und Ampulle des Vas deferens, Phlebolithen in Venen des Plexus prostaticus, Fremdkörper in der Ampulle des Rektums, Verkalkung des Symphysenknorpels); 2. Kalkinkrustationen des Prostatagewebes. E. Levin-Berlin.

Die Tuberkulose der Prostata im höheren Alter (La tuberculose prostatique chez le vieillard), von Gayet. (Lyon méd., 1921, Nr. 21.) Die Fälle sind häufiger, als im allgemeinen angenommen wird, sie stammen zum Teil von einer schon viele Jahre zurückliegenden Infektion, im übrigen spielen für diese Lokalisation dieselben Momente wie im jüngeren Alter eine Rolle (allgemeine Schwächung des Organismus, lokale Kongestionen, besonders passive durch Altersveränderungen der Blase). Auffallende Symptome neben der Dysurie sind Schmerzen beim Harnlassen, initiale oder terminale Hämorrhagie, letztere oft mit Eiter vermischt, Auftreten von Epididymitis, deren Knoten oft schnell erweichen und zu Fisteln führen; gleichzeitig fühlt man eine ungleichmäßige, höckrige Prostata mit harten Knoten, Infiltrationen in der Umgebung der Samenblasen. Schließlich entwickeln sich ebenso wie bei jüngeren Leuten Kavernen mit Durchbruch in die Blase, Harnröhre, Rektum, Perineum. Im ganzen verläuft die Krankheit beim Greise nicht schwerer. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht die einfache Hypertrophie, besonders das chronisch entzündliche Adenom der Prostata, Krebs, Prostatasteine. Die — allerdings oft schwierige — Zystoskopie ist eine wichtige differentialdiagnostische Untersuchungsmethode, gute Resultate ergibt auch die Radiographie nach

Digitized by Google

Anfüllung der Harnröhre mit Kollargol. Therapeutisch ist die Indikation für die Operation möglichst auf die Behebung bedrohlicher Komplikationen zu beschränken, die Neigung zu langsamem Verlaufe und zu Eindickungen ist zu befördern (Instillationen von Jodoformöl, Liquor van Swieten, warme Spülungen), Hebung des Allgemeinzustandes. In Frage kommen kann ferner Kastration, während die Prostatektomie kontraindiziert ist.
E. Levin-Berlin.

Zur pathologischen Anatomie der Prostatahypertrophie und über die Voelckersche Operation, von Fischer-Frankfurt a. M. (Klin. ther. Wschr., 1921, Nr 25/26, S. 147.) Nach einem kurzen pathologisch-anatomischen Hinweis darauf, daß das, was man als Prostatahypertrophie bezeichnet, genauer als Hyperplasie der submukösen Drüsen am Orificium internum urethrae zu bezeichnen wäre, bei der die eigentliche Prostata konzentrisch nach außen verdrängt wird, erklärt sich F. als Anhänger der perinealen Operationsmethode dieser Erkrankung nach Voelcker und gibt eine genaue Beschreibung derselben. Sie ist sauberer und „chirurgischer" wie die suprapubische Methode und hat eine wesentlich geringere Mortalität; allerdings ist sie technisch wesentlich schwieriger.
F. Hirsch-Ulm.

Über die Hypertrophie der Vorsteherdrüse, von R. Niemeyer-Köln. (D. Zschr. f. Chir., Bd. 167, H. 1 u. 2, S. 65—80.) In der Mehrzahl der Fälle von Prostatahypertrophie handelt es sich pathologisch-anatomisch um geringgradige Veränderungen, in kompensatorischer Hyperplasie bei seniler Involution. Bei hochgradigen Veränderungen handelt es sich um echte Geschwulstbildung — Fibromyoadenom oder Fibromyom.
M. Rehbein-Hamburg.

Ein Fall von Chorionepitheliom des Hodens, von W. Reckendorf, Path. Inst. Düsseldorf. (Virch. Arch., 1921, Bd. 234, H. 2/3, S. 460—468.) Bei einem 24jähr. Soldaten, der nach etwa vierwöchiger Krankheit unter dem Bilde einer unklaren Lungenaffektion ad exitum kam, ergab die Sektion außer beiderseitigem Kryptorchismus ein rechtsseitiges Chorionepitheliom des Hodens, das histologisch dem typischen Chorionepitheliom glich, wie es bei Frauen im Anschluß an die Schwangerschaft auftritt, und Metastasen, in Lungen, Herz, Leber, Nieren, Mastdarm, der Serosa des Magens und Darmes und in den Mesenterialdrüsen gesetzt hatte. R.s Fall ist der siebente in der Literatur veröffentlichte. Von Interesse ist das Zustandekommen chorionepitheliomatöser Wucherungen, ohne daß theratomatöses Gewebe sich immer nachweisen läßt. Die Frage, welchen Einfluß die in dem hier und in einem von Hedinger veröffentlichtem Falle bestehende Zwischenzellenwucherung des gesunden Hodens auf die Geschwulstentstehung hat, hält Verf. für noch nicht gelöst.
F. Jacobsohn-Berlin.

Über eine Anomalie des Hodens bei mangelhaftem Deszensus und operative Ausnützung derselben (Streckung des männlichen Genitalkanales), von E. Polya-Budapest. (Zbl. f. Chir., 1921, Bd. 48, S. 1762.) Verf. beobachtete, daß beim nicht völlig deszendierten Hoden stets zwischen Hoden und Nebenhodenkörper eine dünne gefäßarme Membran liegt. Auch der Ductus deferens, der nicht selten gewunden verläuft, liegt dem Nebenhoden nicht eng an, sondern ist durch eine Membran von ihm getrennt. Verf. fand diese Anomalie, nachdem er im Jahre 1904 darauf aufmerksam wurde, konstant. Bei der Verlagerung des nicht deszendierten Hodens nach unten nützt Verf. diese Anomalie aus, indem er durch Einkerben dieser Membranen den Samenkanal streckt und den Hoden ohne Spannung im Hodensack fixieren kann. In 4 Fällen hatte Verf. durch diese Operation vollen Erfolg.
A. Rosenburg-Berlin.

Zur Röntgentiefenbestrahlung der Hoden-(Genital-)Tuberkulose, von Karl Ullmann-Wien. (W. kl. W., 1921, Nr. 46, S. 559—561.) Verf. hat im Laufe der Jahre 24 Fälle nach dieser Methode behandelt und hat bei einer ganzen Anzahl bis 8 Jahre lang dauernde Heilung beobachten können. Wenn sie auch nicht die chirurgische Behandlung der Genitaltuberkulose zu verdrängen imstande sein wird, so wird „zum mindesten der Ablauf des tuberkulösen Prozesses durch diese Methode sehr verlangsamt und gemildert". Bei der weiblichen Genitaltuberkulose scheint sie nach W. Weibl von ganz besonders günstiger Wirkung zu sein.
K. Glaser-Berlin.

Über Hodentransplantation beim Menschen, von Enderlen-Heidelberg. (M. Kl., 1922, Nr. 48, S. 1439.) Verf. hat viermal Gelegenheit gehabt, Verpflanzungen von Hodensubstanz vorzunehmen: 1. bei einem Eunuchoiden, 2. eine Homoiotransplantation bei einem Patienten, welcher seine beiden Hoden noch besaß, 3. eine Autotransplantation; der eine Hoden wurde entfernt, der andere blieb an Ort und Stelle, 4. eine Autotransplantation nach Entfernung beider Testikel. Beim ersten Fall wurde die Transplantation eines halben Leistenhodens in die Bauchhöhle ausgeführt. Erfolg negativ.

Digitized by Google

Beim zweiten, einem gutmütigen Idioten, wurde nach der Entfernung einer großen retrosternalen Struma Hodensubstanz auf die Muskelsubstanz des Pectoralis major verpflanzt; nach 16 Tagen wurde das Implantat entfernt. Es zeigte nekrotische Vorgänge. Beim dritten Patienten wurde ein noch gesundes Stück des käsig erkrankten Organs auf die Muskulatur des Rektus verpflanzt, später in Ätherrausch wieder entfernt — abgestorben. Beim vierten Patienten war auch ein wesentlicher Erfolg nicht zu konstatieren. Aus den zugleich angeführten Erfahrungen anderer Autoren ergaben sich ebenfalls wenig ermutigende Resultate bei solchen Eingriffen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Indikation zur chirurgischen bzw. balneologischen Behandlung der Nebenhodentuberkulose, von Schmieden-Frankfurt a. M. (Allg. med. Ztg., 1921, Nr. 46, S. 271.) Verf. stellt den Grundsatz auf, daß in der Kombination der Konservativen (klimato-balneologischen) mit einer möglichst wenig radikalen operativen Therapie (isolierte Entfernung des Nebenhodens, vom Hoden nur die makroskopisch erkrankten Teile) zur Zeit die Methode der Wahl bei der Behandlung der tuberkulösen Erkrankung des Nebenhodens besteht. Eine intensive, nicht schematisierende langdauernde Allgemeinbehandlung, muß, wenn irgend angängig, zwecks Beseitigung der Reste und der allgemeinen Disposition auf den operativen Eingriff folgen. F. Hirsch-Ulm.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Über angeborene einseitige Nierenatrophie, von O. Rumpel-Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1921, Bd. 118, Festschrift Bier, S. 173—188.) Beschreibung von 5 Fällen von angeborener einseitiger Nierenatrophie. Therapie: Exstirpation.

M. Rehbein-Hamburg.

Zustandsbild und Behandlung der Nierentuberkulose, von E. W. Baum-Flensburg. (M. Kl., 1921, Nr. 42, S. 1256.) Nichts den Dermatologen interessierendes.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Jene Kollegen, welche in der Abteilung Dermatologie und Syphilidologie der vom 18.—24. September 1922 in Leipzig stattfindenden Hundertjahrfeier der **Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte** Referate, Vorträge oder Demonstrationen abzuhalten wünschen, werden gebeten, diese ehebaldigst bei dem Einführenden, Prof. Dr. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1, anzumelden.

Der nächste Kongreß der **Deutschen Dermatologischen Gesellschaft** findet Pfingsten 1923 in München statt. Referatthema: Allgemeine Ätiologie und Therapie der Ekzeme (Referenten: Bloch-Zürich, Kreibich-Prag, Pinkus-Berlin, Rieche-Göttingen). — Die Mitglieder werden gebeten, den Beitrag für 1922 auf Postscheckkonto Karlsruhe 762 der Südwestdeutschen Diskonto-Gesellschaft in Heidelberg mit dem Vermerk: „Zur Gutschrift auf das Konto der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft" einzuzahlen.

Der VI. italienische **Pellagrakongreß** findet am 29. und 30. Mai in Venedig statt.

Dr. Walther Schönfeld, Direktor der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Greifswald, wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

Prof. Erich Kuznitzky in Breslau erhielt einen Lehrauftrag für sexuelle Hygiene.

Priv.-Doz. Dr. Karl Ullmann in Wien erhielt den Titel Obermedizinalrat. R.

Berichtigung: In Nr. 17, S. 415, muß der Titel heißen: **Beitrag zum Studium der im Gefolge anderer Dermatosen auftretenden Epithelzysten,** statt: Beitrag zum Studium der im Gefolge anderer Dermatosen auftretenden Dermatosen.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

10. Juni 1922 | Nr. 23 | Band 74

Aus der dermatologischen Abteilung des Wiedener Krankenhauses in Wien (Vorstand: Primarius Dr. Rusch).

Über die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit.

Von

Dr. Walther Pewny.

Das Phänomen der Senkungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen hat seit der Arbeit von Fahraeus (1) sehr an Interesse gewonnen. Während die Kenntnis über die Senkungsbeschleunigung (S.B.) bei den verschiedenen Krankheiten ziemlich weit fortgeschritten ist, bestehen hinsichtlich der Ursache dieses Phänomens auseinandergehende Anschauungen. Fahraeus selbst sowie auch Linzenmayer (2), wenigstens in seiner ersten Arbeit, sahen diese in der Entladung der elektrisch negativ geladenen Blutkörperchen durch das positiv geladene Plasma; György (3) führt die S.B. auf das Erscheinen der in dem ersten Lebensmonat noch fehlenden Antikörper zurück, auch Leendertz (4) führt die S.B. teilweise auf Immunkörper zurück, teilweise auf die molekulare Konzentration des Blutplasmas, Starlinger (5) spricht von Fibrinogen, Löhr (6) und Schemensky (7) von Eiweißabbauprodukten, während Linzenmayer (8) in seiner zweiten Arbeit schon von einer Globulinfraktion von bestimmter Dispersität spricht. Die Labilität des Plasmas ziehen Sachs-Öttingen (9), Löhr (10), Nathan-Herold (11), Büscher (12) in Betracht. Abderhalden (13) wies andererseits darauf hin, daß S.B. nicht nur vom Plasma, sondern auch von den Blutkörperchen selbst abhängt.

Um einer Klärung dieser Frage näherzutreten, versuchte ich zunächst die Rolle des Fibrinogens bei diesem Phänomen zu erforschen.

Zu diesem Zwecke wurde sowohl Plasma wie Serum mit Blutkörperchen, welche aus Zitratblut gewonnen wurden, versetzt. Es zeigte sich in dem größten Teil der Fälle eine gleich starke Senkung:

$$\left.\begin{array}{l} 0{,}6 \text{ Plasma} + 0{,}4 \text{ Blutkörperchen} \\ 0{,}6 \text{ Serum} + 0{,}4 \quad \text{„} \end{array}\right\} \text{dieselbe Senkungsgeschwindigkeit.}$$

Außerdem wurden Sera von verschiedenen Kranken mit aus Zitratblut gewonnenen Blutkörperchen versetzt, wobei ich nachweisen konnte, daß Kranke, die im Zitratblut S.B. zeigten, dasselbe Phänomen auch im Serum aufwiesen. Da nun das Serum das Fibrinogen nicht mehr oder höchstens in ganz geringen Spuren enthält, ist die Ansicht, daß Fibrinogenvermehrung die Ursache der S.B. wäre, nicht sehr wahrscheinlich.

Es gibt wohl Krankheiten, bei denen sowohl Fibrinogenzunahme als auch S.B. vorhanden ist, wie krupöse Pneumonie, Lues (Winternitz [14]) Nephrose (Kollert und Starlinger [15]), inkonstant auch bei Gravidität,

Digitized by Google

doch findet man auch normale Fibrinogenwerte bei Typhus und Malaria, bei denen S.B. (Schürer-Eimer [16] bzw. Hirschfeld [17]) gefunden wurde. Defibriniertes Blut zeigt wohl keine S.B., ebenso auch aus Blutkuchen ausgepreßte Erythrozyten, woran höchstwahrscheinlich das ausgeschiedene Fibrin die Schuld trägt.

In oben erwähnten Arbeiten werden kolloidale Zustände des Plasmas in Erwägung gezogen. Ich habe nun versucht, die Dispersionsfähigkeit, d. h. die Fähigkeit, fein verteilte Substanzen suspendiert zu erhalten, in Plasmen mit verschiedener S.B. zu studieren. Die Dispersionsfähigkeit hängt in erster Reihe von den Globulinen und dem Salzgehalt ab. Es wurde die Kottmansche Reaktion verwendet: zu 1 ccm der zu untersuchenden Flüssigkeit wird 0,25 ccm 5 % ige Jodkaliumlösung und 0,3 ccm 5 % ige Arg.-nitr.-Lösung hinzugefügt, belichtet, hierauf 0,5 ccm 0,25 % ige Hydrochinonlösung hinzugesetzt. Gröber disperse Silberlösungen scheiden das Silber früher aus, feiner disperse langsamer. Es zeigte sich nun, daß bei einem großen Teil jener Plasmata und Sera, die S.B. zeigten, auch die Kottmansche Reaktion schneller vor sich ging. Es sei hier eine Arbeit von Schmidt (18) erwähnt, der bei hoher molekularer Konzentration verlangsamtes, bei niederer Konzentration schnelleres Eintreten der Kottmanschen Reaktion sah, sowie die von Leendertz gefundene Tatsache, daß Zyanose und Herzinsuffiziens, die mit hoher molekularer Konzentration einhergehen, langsameres Sinken zeigen. Schmidt fand außerdem beschleunigtes Eintreten der Kottmanschen Reaktion bei malignen Tumoren und Gravidität, von welchen wir jetzt wissen, daß sie auch mit S.B. einhergeht.

Das Plasma ist wohl der wichtigste, doch nicht der einzige Faktor beim Zustandekommen der S.B. Wenn man Blutkörperchen und Plasma bzw. Serum, die verschiedene Senkungsgeschwindigkeit zeigen, miteinander vertauscht, wie es Abderhalden mit Tierblut, Linzenmayer mit Tierplasma und Gravidblutkörperchen gemacht hat, so gewinnt man den Eindruck, daß auch den Blutkörperchen in vielen Fällen eine beschleunigende bzw. verlangsamende Komponente zukommt:

z. B. Plasma,	Lues II	und Blutkörperchen:	Lues II	+++
„	„	„	„	Psoriasis ++
„	Psoriasis	„	„	Lues II ++
„	„	„	„	Psoriasis +

Aus solchen in großen Serien angestellten Versuchen zeigte sich eine Beteiligung der Erythrozyten beim Zustandekommen der S.B. bei Sklerose, bei manchen luetischen Exanthemen, bei Karzinom, bei gonorrhoischer Omarthritis, Parametritis und Prostatitis, keine beschleunigende Wirkung der Erythrozyten war nachzuweisen bei Ulcus molle, Ulcus molle mit Bubo, lymphatischer Hautleukämie nach Röntgenbestrahlung, papulöses luetisches Exanthem, während bei Psoriasis, Trichophytie, Skorbut eine verlangsamende Wirkung nachzuweisen war.

Da die S.B. sowohl bei verschiedenen physiologischen (Kindesalter [4, 19], Menses, Gravidität [20], bei Frauen schnelleres Senken als bei Männern usw.) als auch pathologischen Zuständen (akute und chronische Infektionskrankheiten [17, 21], maligne Tumoren, Eiterungen [10], manche

Digitized by Google

Geisteskrankheiten [22], Diabetes [23], sterile Operationswunden, Frakturen [10], usw.) zur Beobachtung kommt, glaube ich annehmen zu dürfen, daß durch verschiedene physiologische und pathologische Vorgänge im Organismus ein kolloidchemischer Zustand im Blute erzeugt wird, welcher das beschleunigte Senken der roten Blutkörperchen zur Folge hat.

Die an Venerischen und Hautkranken angestellte S.B.-Probe wurde in 0,4 cm breiten Röhrchen vorgenommen und das Resultat nach 20 Minuten abgelesen. Die Proben wurden teilweise in Parallelversuchen in Plasma und Serum, teilweise allein im Serum vorgenommen und ergaben folgende Resultate:

Lues I	(19 Fälle)	60%	positiv.	Unter	den	wassermann-positiven	zeigten	62%	S.B.
Lues II	(20	„	80%	„	„	„	„	„	77%	S.B.
Lues latens	(150	„	57%	„	„	„	„	„	75%	S.B.
Lues III	(6	„	60%	„	„	„	„	„	66%	S.B.
Lues hered.	(6	„	64%	„	„	„	„	„	40%	S.B.

Erwähnt muß werden, daß ein Teil der untersuchten Fälle schon in Behandlung stand, doch stimmen die Resultate mit den von anderen Autoren gefundenen zum größten Teil überein; Mayr (24) fand bei Lues II 85%, Lues latens 60%, doch bei Lues I nur 6%, während bei Lues III 100%; Popper-Wagner (25) bei Lues II 70%, ihre Fälle waren in 30% behandelte; Nathan-Herold sahen bei wassermann-negativer Lues I kaum S.B., bei wassermann-positiver Lues I starke S.B., noch größer war dieselbe bei Lues II, bei wassermann-negativer Lues latens schwächer als bei wassermann-positiver, bei Lues III schwache S.B.

Im nachstehenden sind Erkrankungsfälle erwähnt, die gegenüber Lues differentialdiagnostisch in Betracht kommen:

Ulcus molle (7 Fälle) zeigte in 41% S.B.; unter zwei Fällen von Ulcus gangraenosum zeigte einer S.B. In zwei Fällen von Lichen ruber planus war keine S.B., ebenso in einem von Pityriasis rosea. Bei zwei Fällen von Psoriasis, der eine generalisiert, der andere geringere Ausdehnung, fand ich keine S.B. Mayr fand bei ausgedehnter Psoriasis S.B., bei lokaler keine. Zu erwähnen ist auch Ulcus cruris (2 Fälle), bei dem ich gleichsinnig mit Löhr und im Gegensatz zu Mayr keine S.B. fand. Bei Furunkulose (1 Fall) konnte ich keine S.B. finden, während Mayr dieselbe feststellte, es ist offenbar die Ausdehnung der Krankheit von Wichtigkeit. Bei Acne rosacea, Skrofuloderma (je 1 Fall) bestand S.B. Bei oberflächlicher Trichophytie keine, bei tiefer war die Reaktion positiv.

Wir sehen daher, daß die S.B. die Lues nicht regelmäßig begleitet, wenn auch zugegeben werden muß, daß die Probe bei gewissen Fällen von Lues regelmäßig vorhanden ist, und zwar bei generalisierten, exanthematischen Formen und umfangreichen gummösen Erkrankungen, so war sie anderseits inkonstant bei vielen anderen Fällen, so daß eine regelmäßige gesetzmäßige Beziehung nicht angenommen werden kann. Ihre praktische Verwertung ist demnach vorläufig wenigstens kaum möglich.

Von anderen untersuchten Fällen sei die Gonorrhoe (10 Fälle) erwähnt, bei Urethritis tritt keine S.B. auf, während eine solche bei Prostatitis, Parametritis, starke Bartholinitis und Omarthritis (je 1 Fall) vorhanden war. Bei Morbus Duhring und Ekzem keine, bei Skorbut positive S.B. Interessant ist ein Fall von Lues latens mit Ikterus und morbilliformem

Digitized by Google

toxischem Erythem, höchstwahrscheinlich Spätikterus nach Salvarsan, welcher starke S.B. zeigte, während ein Icterus catarrhalis Verlangsamung aufwies, wie es auch ABDERHALDEN erwähnt. Bei einem Fall von Hautleukämie, der anfangs keine S.B. zeigte, stellte sich dieselbe 6 Tage nach Röntgenbestrahlung ein, wie dies LEENDERTZ nach Röntgenbestrahlung maligner Tumoren feststellte.

Zusammenfassung: Das Fibrinogen ist bei der S.B. nicht der ausschlaggebende Faktor; wichtig ist die Dispersionsfähigkeit des Plasmas, doch spielen auch die Blutkörperchen bei ihrem Zustandekommen eine wichtige Rolle. Bei Lues ist die S.B.-Probe differentialdiagnostisch nicht zu verwenden.

Literatur.

1. FAHRAEUS, Biochem. Zschr., 1918, Nr. 9. — 2. LINZENMAYER, Pflügers Arch., 1920, Nr. 181. — 3. GYÖRGY, M. m. W., 1921, Nr. 26. — 4. LEENDERTZ, D. Arch. f. kl. Med., 137 B, Nr. 3—4. — 5. STARLINGER, Biochem. Zschr., 1921. — 6. LÖHR, D. m. W., 1921, Nr. 44. — 7. SCHEMENSKY, M. m. W., 1920, Nr. 27. — 8. LINZENMAYER, Pflügers Arch., 1921, Nr. 4—6. — 9. SACHS-ÖTTINGEN, M. m. W., 1921, Nr. 12. — 10. LÖHR, Zbl. f. Chir., 1921, Nr. 35. — 11. NATHAN-HEROLD, B. kl. W., 1921, Nr. 24. — 12. BÜSCHER, B. kl. W., 1921, Nr. 14. — 13. ABDERHALDEN, M. m. W., 1921, Nr. 31. — 14. WINTERNITZ, Zit. n. SCHRIDDE-NÄGELI, Hämat. Technik. — 15. KOLLERT und STARLINGER, W. kl. W., 1922, Nr. 7. — 16. SCHÜRER-EIMER, B. kl. W., 1921, Nr. 42. — 17. HIRSCHFELD, Korr.-Bl. Schweiz. Ärzte, 1917. — 18. SCHMITD, Grenzgeb., 1921. — 19. BARDACH, Arch. f. Kindhlk., Bd. 70, Heft 2. — 20. LINZENMAYER, Arch. f. Gynäk., 1921. — 21. FRISCH und STARLINGER, M. Kl., 1921, Nr. 38, 39. — 22. PLAUT, M. m. W., 1920, Nr. 10, RUNGE, M. m. W., 1920, Nr. 33. — 23. BENNINGHOF, M. m. W., 1921, Nr. 41. — 24. MAYR, Arch. f. Derm., 1921, Nr. 34. — 25. POPPER-WAGNER, W. kl. W., 1920, 35.

Neuere Forschungen über die kongenitale Knochensyphilis[1]).

Von

Prof. Dr. LUDWIG PICK in Berlin.

Die kongenital-syphilitischen Erkrankungen der Bindegewebs- (Deck- oder Beleg-) Knochen sind als Periostitis und Osteomyelitis von denen bei akquirierter Lues nicht verschieden, während die knorplig präformierten Skeletteile, abgesehen von periostitischen Veränderungen, in der seit WEGNER (1870) und PARROT (1872) genauer gekannten Sonderform der syphilitischen Osteochondritis betroffen werden. Sie ist eine Systemerkrankung mit Symmetriecharakter. Die Fortschritte der pathologisch-anatomischen Erkenntnis wurden erzielt:

1. durch eingehendere histologische Studien der Osteochondritis und Periostitis und Feststellung der Verteilungsform auf syphilitische Totgeburten, syphilitische bald nach der Geburt verstorbene Neugeborene und syphilitische Säuglinge;

2. durch die Untersuchung des Syphiliserregers in seinem Verhältnis zu den histologischen Vorgängen und Stadien;

---

[1]) Leitsätze eines Referates zum obigen Thema in der kombinierten Sitzung der Berliner pathologischen und dermatologischen Gesellschaft vom 11. IV. 1922.

Digitized by Google

3. durch Nutzbarmachung des Röntgenverfahrens zum Studium der Morphologie, gleichzeitig auch für die praktischen Zwecke der Diagnostik und die Kontrolle der Therapie.

Der Niederschlag der neueren Untersuchungen findet sich in den großen Referaten und Arbeiten von Herxheimer (1908), E. Fränkel (1911), Thomsen (1912) und P. Schneider (1921).

Zu 1. Schneider unterscheidet unter Zusammenfassung des Stadiums I und II Wegners: die Osteochondritis passiva oder Frühform („passiva" wegen der durch Spirochätenwirkung schwer geschädigten oder ganz aufgehobenen Tätigkeit der Osteoblasten) und die Osteochondritis activa oder Spätform („activa" wegen der örtlichen plastischen Reaktion des Markgewebes in Form eines an sich histologisch unspezifischen, nicht gummös gebauten Granulationsgewebes). Dieses Granulationsgewebe, an der Epidiaphysengrenze in ganzer Breite oder auch nur lokal (Periost-epiphysenwinkel!) entwickelt, reicht vielfach weit in die Diaphyse hinein oder entsteht auch dort selbständig unter der subchondralen Zone diffus oder umschrieben als reine Osteomyelitis. An der Epidiaphysengrenze ist, wie Vortr. ausführt, die Ebene des granulationsgewebigen Streifens keine konstante. Sie kann ebensowohl in der Knorpelwucherungsschicht (diese zerstörend!), wie innerhalb der provisorischen Verkalkungszone, wie an deren diaphysärer Begrenzung gelegen sein; das Granulationsgewebe entsteht je nachdem aus dem Inhalt der Knorpelmarkkanäle im Sinne von M. B. Schmidt oder aus Blutgefäßen und Zellen, die vom Periost einwachsen, oder aber vom Diaphysenmark her. So wird auch die (vgl. die Röntgenbilder) nicht seltene Verdoppelung des Granulationsstreifens durch Kombination topisch-genetisch verschiedener Streifen leicht verständlich. Auch die Ebene der Epiphysenlösung ist keine einheitliche. Sie ist in erster Linie abhängig von dem individuell wechselnden Sitz der Ebene des die Lösung vorbereitenden Granulationsstreifens, kann ferner, wenn auch gewiß selten, durch Einbruch in der „Kalkgitterzone" (M. B. Schmidt) erfolgen und endlich, wie die Befunde Schneiders ergeben, als sozusagen echte Epiphysenlösung im engeren Sinne in der Knorpelwucherungszone geschehen als Folge der Hypoplasie und Grenzauffaserung des Epiphysenknorpels bei einer unterhalb der Kalkgitterzone entwickelten Granulationswucherung. Am häufigsten ist (E. Fränkel) der Einbruch in der Zone der letzten Knochenbälkchen des Schaftes. Die Heilung der Epiphysenlösung erfolgt einerseits durch brückenförmige Periostitis und Perichondritis, andererseits durch Erneuerung der endochondralen Ossifikationszone nach dem Vorwachsen von Markzellen und Osteoblasten von der Diaphyse her in das vernarbende Granulationsgewebe im Lösungsspalt.

Außer der reparativ-kallösen Periostitis bei der Heilung der Epiphysenlösung tritt die Periostitis auf als spezifische Frühperiostitis, eventuell selbständig, aber an den Röhrenknochen öfters, an Skapula und Becken (E. Fränkel) fast ausnahmslos mit der Osteochondritis kombiniert; ferner als Spätperiostitis mit dem wachsenden Alter der Frucht an Häufigkeit und Ausbreitung zunehmend und durch E. Fränkel als eine Heilungserscheinung bei schwindender Osteochondritis sichergestellt. Schubweise erfolgende Entwicklung läßt den bekannten „Schalen-

Digitized by Google

knochen" die „Mantel- oder Sargbildung" um den Schaft des Röhrenknochens entstehen.

Zu 2. Die von P. Schneider auf breiter Grundlage sorgfältig durchgeführten Spirochätenuntersuchungen der kongenital-syphilitischen Knochen ergeben für die frische Infektion einen gesetzmäßigen Verteilungstypus am Röhrenknochen: in den Knorpelmarkkanälen der Epiphyse am reichlichsten zum Perichondrium und zur Knorpelwucherungsschicht hin; vorwiegende Anhäufung in den primären Markräumen mit Eindringen der Spirochäten in die eröffneten Knorpelkapseln (nicht in intakte Knorpelzellen und intakte Knorpelgrundsubstanz); in der sekundären Spongiosa und dem sekundären Mark der Diaphyse schaftwärts abnehmend; Anhäufung in der Encoche; im Perichondrium und Periost in der Kambiumschicht; am Epiphysenkern wiederum in den primären Markräumen.

Ferner bieten sich bei der regelmäßigen, in schweren Fällen der frischen Infektion allgemeinen Verbreitung der Spirochäten über das Knochensystem charakteristische Abstufungen: stärkeres Befallensein der großen Röhrenknochen gegenüber den kurzen und platten Knochen; Unterschiede in der nämlichen Gruppe an den einzelnen Knochen je nach dem Wachstumstempo, z. B. an den Phalangen proximal überwiegend gegen das distale Ende.

Der Grund für die verschiedene Spirochätenverteilung im Knochen, für die Bevorzugung der Röhrenknochen und des Knochensystems überhaupt liegt in der Lebhaftigkeit der Wachstumsvorgänge, d. h. in dem starken Wachstumsafflux sowohl, wie in der Gesamtheit der chemischen Vorgänge des Stoffwechsels an diesen Stellen.

Für die rückgängige Infektion erweist Schneider das Erhaltenbleiben der Spirochäten in den Knochenkörperchen (eventuell korbförmige Einhüllung der Osteozyten!), das Vorrücken der spirochätenhaltigen Knochenbälkchen diaphysenwärts in den zentralen Teilen der Spongiosabälkchen, die Abstufung der Spirochätenrestbestände nach der Intensität der früheren Infektion. Durch die persistierenden, später frei werdenden Spirochäten werden die Späterkrankungen der Knochen bei kongenitaler Syphilis ausgelöst.

Je jünger die syphilitisch infizierte Frucht, desto geringer ist die spirochätenzerstörende Fähigkeit der Gewebe, desto geringer die Fähigkeit zu aktiver, lokal umschriebener Reaktion, desto allgemeiner die Verbreitung der Spirochäten; je älter die Kinder, desto mehr wächst mit der Änderung der Bodenbeschaffenheit die Reaktionstüchtigkeit, desto stärker ist also — zugleich lokal beschränkter, unregelmäßiger, asymmetrischer — das Reaktionsprodukt. So lösen sich die „Stadien" Wegners in biologisch bedingte Reaktionsformen auf. Die „aktive", granulierende, nimmt mit dem Alter der Frucht zu und spielt im Säuglingsalter die herrschende Rolle (P. Schneider). Nimmt man dazu die Tatsache, daß die (als plazental allein gesicherte) Infektion der Frucht zu jeder Zeit der zweiten Schwangerschaftshälfte geschehen kann, so ergibt sich das Verständnis für die Verschiedenheit der anatomischen Bilder der Knochenerkrankung je nach dem Alter der syphilitisch infizierten Frucht (vgl. bei P. Schneider): bei syphilitischen Totgeburten nahezu regelmäßig Osteochondritis, typisch systematisiert, in der Regel nur „passiv"; bei syphi-

Digitized by Google

litischen (bald absterbenden) lebenden Neugeborenen nicht mehr so konstant Osteochondritis und Neigung zu „aktiven" Formen; bei syphilitischen Säuglingen die zahlreichsten Varianten (teils intaktes Knochensystem, teils alle [besonders auch schwere] Grade der Osteochondritis, Neigung zu umschriebenen Prozessen usw.). Natürlich wird gerade bei schwerer und umschriebener Reaktion der negative Spirochätenbefund leicht verständlich.

Zu 3. Die röntgenologischen Untersuchungen der Röntgenologen, Kinderärzte und pathologischen Anatomen, unter diesen zuerst die von Eugen Fränkel, danach die des Vortr. (D. m. W., 1919, Nr. 35/36), haben die Einzelheiten der syphilitischen Knochenveränderungen festgelegt. In gleicher Häufigkeit wie die langen Röhrenknochen sind die Rippen an der Knorpelknochengrenze beteiligt. Darmbein und Schulterblatt erkanken in röntgenologisch auffälligen Formen. An den Röhrenknochen stellt sich die „passive" Osteochondritisform (Wegners Stadium I und II) als mehr oder minder breiter Schatten, die „aktive" Form als Doppelschatten mit bandartiger heller evtl. verdoppelter Zwischenzone dar. Auch Sternum und Skapula zeigen den Doppelschatten, unter Umständen, wie Vortr. erweist, sogar drei und mehr konzentrische streifige Schatten. Wie Vortr. des weiteren demonstriert, gehen diese (an pathologisch-anatomischem wie klinischem Material zu erhebenden) Befunde aber weit über die an den großen Röhrenknochen, an Sternum und Skapula hinaus. Auch an den kurzen Röhrenknochen, den Wirbelsäulenenden der Rippen, an den Querfortsätzen der Brust- und Lendenwirbel, an den Ossifikationsenden der Wirbelbögen, an den Ossifikationskernen, übrigens auch an der Klavikula (sternales Ende) sind die gleichen charakteristischen Bilder deutlich. Nicht selten greift die Veränderung auf dem Röntgenbild sehr weit in die Diaphyse. Diese letzteren Bilder und vor allem auch die des doppelten Schattens sind bisher ohne genügende pathologisch-anatomische Grundlage. Vortr. zeigt diese an makroskopischen Präparaten, die (bei schwerer allgemeiner Osteochondritis) an der Epidiaphysengrenze eine breite rötliche Zone zwischen zwei gelblichen breiten Verkalkungslinien bieten. Auf dem mikroskopischen Längsschnitt durch Epiphyse und oberen Diaphysenteil erscheint dementsprechend eine doppelte knorplige Verkalkungszone und zwischen beiden eine breite Granulationsgewebsschicht mit spärlichen Knochenbälkchen. (Projektion zahlreicher Diapositive von Aufnahmen der Spirochäten im Knochen, von Röntgenbildern und mikroskopischen Schnitten.)

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. März und 11. April 1922,
gemeinsam mit der Gesellschaft für Pathologie und vergleichende Anatomie.

Originalbericht von Dr. L. Kleeberg-Berlin.

1. Lubarsch: **Die Fortschritte der pathologischen Anatomie der Syphilis.** Bei der Pathologie der Lues muß man unterscheiden zwischen einfach produktiven Entzündungen, die in jedem Stadium auftreten können, und den gummösen Prozessen. Charakteristisch im histologischen Bilde — bei der einfach produktiven syphilitischen

Digitized by Google

Entzündung — ist, daß vielfach nichts Charakteristisches zu finden ist. Plasmazellen finden sich ebenso bei Blennorrhoe. Einigermaßen charakteristisch ist die Beziehung zu den Blutgefäßen. Die Veränderungen bei der progressiven Paralyse am gefäßführenden Bindegewebsapparat stellen eine einfache — aber durch die Anlagerung der Plasmazellen charakteristische — perivaskuläre Entzündung dar. Das Auftreten von hämosiderinhaltigen Zellen verursacht einen braunen Farbenton. Diese Veränderungen allein berechtigen aber nicht die Diagnose Lues zu stellen.

Auch bei der **Aortitis productiva** liegen die Verhältnisse ähnlich. Für die Arteriosklerose der Aorta ist charakteristisch, daß der aufsteigende Teil fast ganz verschont bleibt; findet man dort Veränderungen, so kann man sagen, es handelt sich um eine Aortitis productiva (85% WR positiv). Die Veränderungen hören über dem Zwerchfell auf. In einigen Fällen ist der Spirochätennachweis geglückt. Meist sieht die Aortenwand wie gepunzt aus. Alle drei Schichten der Aortenwand können betroffen sein, deshalb ist die Bezeichnung Aortitis productiva statt Mesaortitis syphilitica vorzuziehen. Histologisch findet man Rundzelleninfiltrate, Unterbrechung der elastischen Fasern (Ursache der Aneurysmenbildung) und massenhafte Anhäufung von Plasmazellen.

Die sogenannte **Endarteriitis obliterans** hielt Heubner charakteristisch für Lues, aber die Veränderungen der Media und Adventitia müssen auch berücksichtigt werden. Die **Phlebitis cerebralis (Versé)** ist eine luetische Affektion, zweifelhafter ist es bei der **Phlebitis hepatica obliterans.** Die **Periarteriitis nodosa** ist ein infektiöser Prozeß noch unbekannter Ätiologie, hat aber sicherlich nichts mit Lues zu tun.

Über die Ätiologie der **akuten gelben Leberatrophie** wird viel diskutiert. Die Syphilis allein kann dazu führen, aber wahrscheinlich spielen viele Ursachen mit. Das Salvarsan hat nach L.s Meinung hierbei den geringsten Anteil.

2. Versé: **Frische Phlebitis syphilitica** (Demonstration). 27jähr. Dreher, März 1921 erkrankt, krampfartige Schmerzen im Leibe, 10 Salvarsan, die letzte im Januar 1922. Erbrechen, Kopfschmerzen, Somnolenz, Sprache undeutlich, Exitus letalis nach 6 Tagen. In der Medulla oblongata hämorrhagischer Herd infolge lokaler syphilitischer Phlebitis; im Kleinhirn ebenfalls Infiltrate. WR im Blut war negativ, im Liquor positiv.

3. L. Pick: I. **Demonstrationen zur viszeralen Syphilis, insbesondere des Zentralnervensystems.**

a) **Syphilitischer Ulkus der vorderen Magenwand** bei 30jähr. Frau durch Magenresektion entfernt, Heilung. Das Ulkus, etwa halbhandtellergroß, ist im ganzen etwa nierenförmig und ist an der Konvexität „polyzyklisch" begrenzt nach der Art eines serpiginösen Syphilids. Der Grund ist speckig-gelblich, der Rand ziemlich scharf, nicht sehr erhaben. Mikroskopisch unter der granulierenden Schicht, die den Grund darstellt, zahlreiche Bilder arterieller und phlebitischer Veränderungen mit Endarteriitis obliterans (Demonstration und Projektion), WR und Spirochätenuntersuchung negativ; aber auch Konjunktivalreaktion und Pirquet. In der Anamnese ein Abortus, gefolgt von einem als syphilitisch anzusprechenden Exanthem.

b) **Großes ulzeriertes Gumma des Dünndarms** bei 67jähr. Frau. Durch Resektion eines 20 cm langen Stückes des Jejunums gewonnen. Heilung. Fast ringförmige Ulzeration von über Zweifingerbreite mit speckigem Grund und derb infiltrierten wulstigen Rändern. Die Infiltration greift etwa taubeneigroß auf das angrenzende Mesenterium über und zeigt hier auf dem Durchschnitt in schwartiger Grundmasse gelblich-opale Einsprengungen. Mikroskopisch: Granulationsgewebe teilweise in fibröser Umwandlung mit den Bildern obliterierender Arteriitis. WR negativ (Demonstration und Projektion).

c) **Große Gummen des Myokards** (bei der Herzkammer) **mit schwielig-gummöser Entzündung des vorderen Mediastinums und gummöser miliarer Perikarditis** bei 37jähr. Frau. Die Schwielenbildung mit eingelagerten verkästen, z. T. aus Lymphknoten hervorgegangenen Gummen war über die obere Brustpartie zu beiden Seiten des Halses als starre Infiltration, auch die Musculi sternocleidomastoidei einbeziehend, fortgesetzt und hatte in Verbindung mit dem mächtigen perikardialen Exsudat von 2½ Liter zur klinischen Diagnose eines linksseitigen bösartigen Lungentumors geführt. Das Epikard war durch die dichtstehenden miliaren Knötchen (mikroskopisch einfache Granulome ohne Riesenzellen) reibeisenartig rauh (Demonstration und Projektion). WR mit Blut und der Perikardflüssigkeit positiv. Außerdem Hepar lobatum und eine Karies am linken Stirnbein (vgl. auch L. Pick, B. kl. W., 1910, Nr. 5, S. 218/219).

d) **Ausgiebige Zerstörung beider Großhirnhemisphären durch obliterierende Endarteriitis der basalen Hirnarterien** bei einem 15 Monate alten kongenital-syphilitischen Kind. Die Mutter, bald nach der Konzeption durch den Ehemann infiziert,

Digitized by Google

war an florider Lues erkrankt; das Kind im 8. Monat geboren, wog im 5. Monat nur 10 Pfund. Über die klinischen Feststellungen bei dieser postfötal entstandenen Anenzephalie und alle makro- und mikroskopischen Einzelheiten hat jüngst TAKAHASHI (Virch. Arch., 1921, Bd. 232, S. 95) aus PICKS Institut berichtet (Demonstration und Projektion).

e) **Arteriitis und Neuritis gummosa an der Hirnbasis** bei 57jähr. Frau. Die früher angeblich „stets gesunde" Pat. war unter den Erscheinungen einer linksseitigen Halbseitenlähmung zugrunde gegangen. Die gummösen Veränderungen sind hier auf die Arterien (Aa. vertebralis und basilaris) und Nerven (Nn. oculomotorii) beschränkt, die Leptomeningen frei. An den Arterien sind die Gummen in der Adventitia entwickelt, dabei ist die Intima sehr stark verdickt (Demonstration und Projektion).

f) **Gumma am Boden des 3. Ventrikels, in hügliger Form das Chiasma durchsetzend; gummöse Infiltration des Infundibulums und Gumma der Hypophyse.** 43jähr. Frau, früher Kellnerin, bot außer heftigen Kopfschmerzen und Schwindelerscheinungen die Symptome der hypophysären Kachexie. Nur ein kleiner Teil des Vorderlappens der Hypophyse war erhalten. Außerdem fanden sich narbige Zerstörungen im Nasenrachenraum. Eine Zusammenstellung durch ERICH COHN in PICKS Institut ergab aus der Literatur 21 Fälle von Gumma der Hypophyse: 1 bei kongenitaler, 20 bei akquirierter Lues; von diesen letzteren 17 mit genauen Angaben: 8mal war die Hypophyse allein, 9mal zugleich mit dem Gehirn (Gummen!) erkrankt. Eine Kontinuität der Hirn- und Hypophyseerkrankung bot allein der Fall PICK:

g) **Haselnußgroßes Gumma der Cauda equina in ihrem untersten Abschnitt.** 64jähr. Kellner, vor 20 Jahren mit Lues infiziert. Klinische Diagnose lautet auf Myelitis vaceralis. WR stark positiv. Die Behandlung mit Salvarsan und Schmierkur mußte wegen Entwicklung eines allgemeinen schweren Exanthems und einer Phlegmone am linken Arm abgebrochen werden. Tod bei schnell sich vergrößerndem Dekubitus unter septischen Erscheinungen.

Das Gumma ist über haselnußgroß, umfaßt als derbe Schwielen eine große Zahl von Nervenwurzeln der Cauda equina und hat zentral eine zackig begrenzte käsige Einlagerung. Außerdem wurde eine produktive Aortitis (in Kombination mit Arteriosklerose) gefunden.

II. **Neuere Forschungen über kongenitale Knochensyphilis.** (Erscheint als Originalartikel in dieser Wochenschrift.)

4. BENDA demonstriert:

a) **Spirochäten im Gefrierschnitt** seines Schülers WATANABE.

b) **Spirochätennester in der Leber.**

5. HELLER berichtet über das Ergebnis der Durcharbeitung von 10000 Sektionsprotokollen und regt das dauernde gemeinsame Arbeiten von Pathologen und Dermatologen an. Auf Grund seines statistischen Materials kommt H. zu dem Ergebnis, daß das Quecksilber nicht nur ein symptomatisches Heilmittel ist, sondern den Syphilisverlauf günstig beeinflußt (vgl. Berl. Derm. Gesellsch. v. 22. XI. 1921 und Kl. W., 1922, Nr. 11 S. 519).

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1921, Bd. 135.

Zur Kenntnis der Boeckschen Erkrankung, von K. ALTMANN-Frankfurt a. M. S. 1—19. In neuerer Zeit mehren sich die Fälle von Boeckscher Erkrankung, bei denen außer der Hautveränderung eine Erkrankung innerer Organe vorliegt. Verf. teil zwei Fälle mit, von denen der eine Veränderungen am Knochensystem, der andere eine Lungenerkrankung und einen Lupus erythematosus aufweist. Die Knochenveränderungen wurden im Röntgenbild festgestellt. Es handelt sich um zerstörende Vorgänge, aber nicht um Lues oder Tuberkulose. Die Lungenveränderungen im Röntgenbild: Spitzen frei, untere Partien der Unterlappen fast frei, in den mittleren Teilen intensive Verschattung. Geringer Auskultationsbefund aber subjektiv hochgradige Atemnot. An den exzidierten Hautstellen histologisch: Boecksche Erkrankung. Keine Tuberkelbazillen, Tierversuch negativ. Prompte Reaktion auf Tuberkulin. Dies Verhalten gibt einen Anhaltpunkt für die Annahme eines Zusammenhanges der Boeckschen Erkrankung mit

Digitized by Google

der Tuberkulose. Zur Erklärung der Eigenart der Erscheinungsform muß man eine besondere Varietät der Tuberkulose voraussetzen, die in einer Abschwächung des Erregers und in einem besonderen Reaktionsvermögen des Organismus ihre Ursache hat, also gleiche Momente wie wir sie bei der Entstehung der übrigen Tuberkulide voraussetzen müssen.

Ist das nach den ersten Quecksilber- bzw. Salvarsangaben auftretende Fieber als rein spezifisch anzusehen? von GERHARD ASSMANN-Kiel. S. 20—30. Das Fieber nach Hg-Injektionen ist als nicht rein spezifisch anzusehen, da auch bei Nichtluetikern Fieber auftritt. Für das Fieber kommen noch folgende Ursachen in Frage: 1. pyrogene Wirkung des Hg, 2. allgemeine Umstimmung des Organismus, 3. Infiltrationsfieber, 4. Infektionsfieber durch verunreinigte Präparate. Beim Salvarsan liegen die Verhältnisse komplizierter. Intravenöse Infusion von Aqu. dest., von Aqu. dest. alkalisiert mit $^1/_{10}$-norm. Natronlauge, von 0,9%iger steriler Kochsalzlösung, von 60 ccm Normosallösung verursacht bei Nichtluetikern und Luetikern keine Temperaturerhöhung. 0,3 Altsalvarsan in einer mit $^1/_{10}$-norm. Natronlauge alkalisierten Lösung ruft bei Nichtluetikern meistens Temperatursteigerung hervor. Bei Luetikern ist die Zahl der Fieberfälle höher. Das Blutbild nach der Infusion ist ohne gesetzmäßigen Zusammenhang. Die Hämolyse wird nur durch das Salvarsan hervorgerufen.

Über Lymphogranulomatose mit Hauterscheinungen, von FRANZ BACHEM-Breslau. S. 31—50. Mitteilung von vier Fällen, die in den Jahren 1917/1920 in der Breslauer Klinik beobachtet wurden. Hervorzuheben ist die Polymorphie der Hautbilder: Erythrodermie, psoriasiforme Schuppung, papulöses Exanthem und pruriginöses Exanthem. Histologisch keine STERNBERGschen Zellen in der Haut. Auch sonst uncharakteristische histologische Struktur. Therapeutisch Arsen und Röntgen mit mäßigem Erfolg. Beziehungen zur Tuberkulose bleiben ungeklärt.

Über Höhensonnenwirkung nach Röntgenbestrahlung bei Psoriasis, von BAER-Frankfurt a. M. S. 51—54. Zwei Fälle von Psoriasis zeigten nach Röntgenbestrahlungen erhebliche Verschlechterung. Durch Quarzbestrahlungen wurde eine schnelle Abheilung erzielt.

Vergleichende Untersuchungen über die Ausscheidung von Neosalvarsan, Sulfoxylatsalvarsan und Silbersalvarsan durch die Niere und die Beziehungen zur „Depotwirkung", von EUGEN BERNSTEIN-Frankfurt a. M. S. 55—64. Nach intravenösen Injektionen wurde der Urin dreistündlich quantitativ auf Arsen untersucht. Die Ausscheidungskurve des Neosalvarsans zeigt eine allmählich fallende Tendenz. Silbersalvarsan wird schubweise in größeren Mengen ausgeschieden. Es scheint also im Gegensatz zum Salvarsan eine Deponierung in Organen stattzufinden. Beim Sulfoxylat werden in den ersten 3—9 Stunden erhebliche Mengen ausgeschieden. Dann findet längere Zeit eine gleichmäßige Ausscheidung kleiner Quantitäten Arsens statt. Also auch hier werden scheinbar innere Depots gesetzt. Klinisch zeigt sich dies durch langsamere Zurückbildung florider Erscheinungen und durch „die Spätreaktion" am vierten Tage nach der Injektion. Das Sulfoxylatsalvarsan ist gegen Oxydationseinflüsse beständig. Es ist anzunehmen, daß es im Organismus längere Zeit unverändert aufgespeichert wird. Es ist daher für eine länger dauernde Durchtränkung der Säfte mit einem Arsenbenzolderivat besonders geeignet.

Über Umbauvorgänge als Ausdruck spezifischer Reaktionsfähigkeit bei Hautkrankheiten (die Reizbarkeit der Haut bei der DARIERschen Krankheit), von BETTMANN-Heidelberg. S. 64—77. Wie bei Psoriasis können bei DARIERscher Krankheit auf ganz verschiedene Reize typische Effloreszenzen sich entwickeln. Das Entscheidende bei der DARIERschen Krankheit liegt in der angeborenen eigenartigen spezifischen Reaktionsfähigkeit der Haut, und zwar beobachten wir, daß die typischen DARIER-Effloreszenzen aus allen möglichen andersartigen Effloreszenzen durch Umbau entstehen können. An Stelle der Buntheit der Partialeffloreszenzen sieht man so später die Uniformität der namentlich an die Prädilektionsstelle der Seborrhoe gebundenen DARIER-effloreszenzen.

Über die Entwicklung des Haut- und Haarpigmentes beim menschlichen Embryo, und über das Erlöschen der Pigmentbildung im ergrauenden Haar (Ursache der Canities), von BR. BLOCH-Zürich. S. 77—108. Die Versuche werden mit der Dopamethode angestellt; der positive Ausfall der Dopareaktion beweist die Anwesenheit des pigmentbildenden Agens, des Ferments, der Dopaoxydase. — Haut- und Haarpigment treten beim menschlichen Embryo nur in Zellen ektodermaler Abkunft auf, und zwar im Haar oft schon im 5. Monat, in der Epidermis in der Regel erst post-

Digitized by Google

embryonal. Die spez. Dopareaktion kann in der Epidermis oft schon positiv ausfallen, bevor natives Pigment nachzuweisen ist. — Beim Erwachsenen mit pigmentiertem Haar ist die Dopareaktion im Haarbulbus stark positiv, negativ in den Papillen und im Haarschaft, auch wenn sie Pigment enthalten. Beim Ergrauen wird die Reaktion schwächer und erlischt im Bulbus des weißen Haares. Es wird also nicht das früher pigmentierte Haar sekundär im Alter pigmentlos, sondern das pigmentierte Haar wird durch ein weißes ersetzt.

Zum Begriff des „Erythema chronicum migrans", von C. Bruhns-Charlottenburg. S. 109—116. Darier beschrieb eine seltene Krankheitsform als „Erythème annulaire centrifuge" oder „Erythème papulo-circiné migrateur et chronique", Lipschütz und andere ein „Wanderndes chronisches Erythem". Von diesen Krankheitsformen sind ihrem Wesen nach zwei Typen, für welche der Verf. eigene Beobachtungen mitteilt, auseinanderzuhalten: Erstens ein Typus, der dem Erythema exsud. multiforme ähnelt, sich von ihm aber durch abnorme Lokalisation und lange Dauer unterscheidet. Das Auftreten der Effloreszenzen findet sprunghaft an den verschiedenen Körperstellen statt. Der zweite Typus ist charakterisiert durch das solitäre Auftreten von einem zentralen Erythemfleck oder -ring. Von diesem Fleck aus schiebt sich nach der Peripherie zu ein erythematöser Saum im Verlauf von Wochen nach und nach vor, und kann serpiginöse Konturen von großer Ausdehnung bilden.

Ein Beitrag zur Kenntnis des Granuloma annulare (Radcliffe Crocker), von A. Brun-Wiesbaden. S. 117—132. Crocker beschreibt das Granuloma annulare so: „Die Krankheit ist durch Knötchen oder Papeln charakterisiert, die dicht aneinander in der Weise gelegen sind, daß ringförmige oder zirkinäre Effloreszenzen entstehen. Letztere pflegen sich peripherwärts auszubreiten, während die mittleren Partien abheilen." Schwierigkeit macht die Differentialdiagnose mit dem Erythema elevatum diutinum. Im Gegensatz zum Granuloma annulare sind hier die Effloreszenzen meist nicht auf die Streckseiten einer Extremität beschränkt. Die klinischen Erscheinungen treten brüsk auf mit Mattigkeit und Gelenkschmerzen. — Mitteilung eines Falles. Auf der ulnaren Seite des l. Unterarms Effloreszenzen vom Typus Crocker, die sich im Verlauf von Jahren entwickelten. Histologisch in der Subpapillarschicht kleinzellige, scharf umschriebene Infiltrate um die Gefäße angeordnet. — Arsenkur und Röntgenbestrahlung brachten keine Besserung. In anderen Fällen ist vereinzelt spontane Abheilung beobachtet worden, besonders wenn ein Teil exzidiert wurde.

Zur Klinik und Histologie der Pityriasis rubra pilaris Devergie (Lichen ruber acuminatus Kaposi), von Ernst Delbanco und Paul Unna jr.-Hamburg. S. 133—145. Der Streit: „sind Pityriasis rubra pilaris und Lichen ruber acuminatus identische oder verschiedene Krankheitsbilder" wird auch durch diese Arbeit nicht entschieden. Der vorliegende Fall gleicht dem Fall V von Richaud in vielen Beziehungen. Vor allem im Verlauf und in den Hauptsymptomen: Beginn an den unbedeckten Körperteilen, Psoriasis palmaris, Onychie, Onychogryphose und subunguale Keratose, Schwellung und Verhornung des Gesichts, Pityriasis capitis, Verlauf von oben nach unten. Gemeinsam ist auch die starke generalisierte Erythrodermie.

Zur theoretischen Auffassung der Herxheimerschen Reaktion, von Ehrhardt-Frankfurt. S. 146—151. Die Herxheimersche Reaktion ist in erster Linie eine spezifische Herdreaktion. Daneben ist aber wahrscheinlich auch eine unspezifische, plasmaaktivierende Wirkung der Antiluetika anzunehmen. In 75 Fällen wurde bei nichtluetischen Hauterkrankungen Salvarsan mit negativem Erfolg gegeben. Nur ein Duhring gab eine kurz anhaltende schwache Reaktion.

Acne cachecticorum und Acne conglobata, von E. Finger. S. 152—155. Die Acne cachecticorum von Hebra besitzt keine Komedonen. Touton schied sie daher mit Recht aus der Aknegruppe aus und verwies sie in die Gruppe der Hauttuberkulosen. Diese Gruppierung wird wohl der Ätiologie, aber nicht der Klinik ganz gerecht. Neben den typischen Fällen des papulonekrotischen Tuberkulids gibt es auch atypische Fälle. Die follikulären Knötchen sitzen dann hauptsächlich am Stamm, treten gruppiert auf, verschmelzen zu scheibenartigen Infiltraten. Durch diesen Typ, der mit der Acne conglobata viel Ähnlichkeit hat, wurde Kaposi zur Verschmelzung dieser beiden verschiedenen Dermatosen verführt.

Über einen Fall von Poikilodermia atrophicans vascularis (Jacobi), von E. Flehme-Frankfurt a. M. S. 156—160. Bei einer Patientin fand Verf. die Hauptcharakteristika: Hautatrophien in Gestalt von gruppiert oder netzförmig angeordneten Pigmentierungen, zahlreiche Teleangiektasien und auf einzelne Körperregionen beschränkte

Digitized by Google

Ödeme. Histologisch: Die Follikel und ihre nächste Umgebung weisen starke Entzündungserscheinungen auf. Die Muskeln erscheinen verstärkt. Verf. ist der Überzeugung, daß die Poikilodermie mit einer Erkrankung der Follikel beginnt.

Über einige seltene Nagelerkrankungen, von MARTIN FRIEDMANN-Mannheim. S. 161—184. Verf. beobachtete 15 Fälle von Onycholysis partialis semilunaris. Primär ist eine Erkrankung im Nagelbett von exsudativ-entzündlichem Charakter, sekundär tritt dann die Ablösung der Nagelplatte von der Unterlage ein. Ätiologisch kommen in Frage: heißes Wasser, Soda, ein Trauma, Lues, trophoneurotische Störungen. — In 2 Fällen von Lichen ruber beobachtete FRIEDMANN eine Onycholysis totalis. Der Erkrankungsherd ist die Matrix. Die Folge ein Wachstumsstillstand. Bei Pityriasis rubra pilaris fand Verf. bei 4 Fällen Krümmungen der Nagelplatte hauptsächlich in ihrem Längsdurchmesser. Es handelt sich um die Folgen einer subungualen Hyperkeratose. Neben der abnormen Krümmung der Längsachse, die zur Klauenbildung führen kann, wurde Längsleistenbildung beobachtet.

Über die Ätiologie des Lupus erythematodes, von WILHELM GENNERICH. S. 184—207. An der Hand eines Falles von Lupus erythematosus acutus entwickelt G. seine Theorien. Er nimmt an, daß die abbauenden Fermente erkrankter Halslymphdrüsen ätiologisch in Frage kommen. Die unbedeckten Hautstellen sind als besonders disponiert anzusehen. Das Vorhandensein der Lymphdrüsenfermente im Blut läßt sich experimentell nachweisen. Die Fermente bauen in der Umgebung der Gefäße Bindegewebszellen ab; hierdurch kommt ein Ödem mit nachfolgender Atrophie zustande; ferner werden Stoffe frei, die die Hornbildung des Epithels begünstigen und bei starker Anhäufung der Fermente im Kreislauf eine seröse Exsudation hervorrufen.

Zur Therapie der Psoriasis vulgaris, von L. HAUCK-Erlangen. S. 208—215. Mäßige Erfolge bei Psoriasis mit Terpentin- und Milchinjektionen intramuskulär. Besser wirkten intrakutan gesetzte Aolanquaddeln. Gute Erfolge wurden mit folgendem Injektionsmittel erzielt. HAUCK benutzte die von BORY angegebene Schwefelölmischung nach folgendem Rezept: Sulfur. praec. pur 1,0, Guajacol 5,0, Camphor. 10,0, Eucalyptol 20,0, Ol Sesami ad 100,0. Es wurden 10—12 Injektionen, in wöchentlichen Abständen, von 3—5 ccm der Mischung vorgenommen. In 60% der behandelten Fälle wurde Heilung erzielt, bei 20% Besserung, bei den restlichen 20% kein Einfluß. Nebenerscheinungen sind starke Schmerzen an der Injektionsstelle, Kopfschmerzen, Fieber bis 39,5°. Über Dauererfolge kann Verf. noch nicht berichten. Der Schwefel spielt sicher eine ausschlaggebende Rolle.

Über das Vorkommen und die Häufigkeit der echten und falschen HUTCHINSONschen Zähne, von WILLY HEIMANN-Königsberg. S. 216—227. HUTCHINSON beschreibt als erster bei kongenitaler Lues die nach ihm benannten Zähne. Nach ihm sind es die oberen inneren Schneidezähne der zweiten Dentition, die gewöhnlich kurz und schmal sind, eine halbmondförmige Einbuchtung an der Schneidekante und abgerundete Ecken haben. Im ganzen haben sie Olivenform. Verf. untersuchte die Zähne von 5000 Schulkindern im Alter von 7—13 Jahren. Bei 45 Kindern fand er Zahnanomalien, die auf Lues cong. verdächtig waren. 6 Kinder hatten charakteristische HUTCHINSONsche Zähne. Hiervon hatten 3 einen positiven WR, und hiervon wieder 2 von diesen zentrale Taubheit. Suspekte H-Zähne fand der Verf. 39mal, und zwar Zähne mit halbmondförmigen Ausbuchtungen und Schraubenzieherzähne. Bemerkenswert waren noch auffallend viereckige Schädelform und weite Interstitia der Schneidezähne in 15 Fällen. Fehlen der lateralen Schneidezähne wurde nicht beobachtet. Ätiologisch neigt Verf. zu der Theorie, welche die endokrinen Drüsenstörungen anschuldigt.

Eigenartige, längere Zeit an kleiner Hautstelle lokalisierte familiäre Psoriasis, nebst Bemerkungen über die Ätiologie dieser Krankheit, von ERICH HOFFMANN. S. 228—231. Bei Mutter und Sohn war eine Psoriasis nur an den Fingern bzw. Zehen lokalisiert. Bei der Mutter schwere Gicht. Bei beiden Seborrhoea capitis. Nach Ansicht HOFFMANNS kommt als Ätiologie der Psoriasis in Frage entweder ein dermotropes Stoffwechselprodukt, das zuweilen auch arthotrop ist.

Die Lehre von der Lues nervosa, von F. JAHNEL-Frankfurt a. M. S. 232—245. Verf. lehnt die Annahme einer Lues nervosa, von besonderen Spirochätenstämmen, die Paralyse und Tabes zu erzeugen vermögen, ab. Gegen eine Lues nervosa spricht die Tatsache, daß obwohl mehrere Personen sich aus einer Quelle infizieren, ihre Syphilis einen sehr verschiedenen Verlauf nahm. Ferner wurden bei Paralyse auch Spirochäten in der Aorta gefunden. NOGUCHI fand sogar in einer Läsion zwei verschiedene Spirochätenstämme. Gegen die Existenz besonderer neurotroper Syphilisstämme sprechen

Digitized by Google

auch die tierexperimentellen Versuche von Weygandt usw. Zur Zeit wissen wir noch nicht, auf welcher Eigenschaft des Erkrankten die besondere „Disposition" zur Paralyse bzw. Tabes beruht.

Zur Anwendung der Hochfrequenzströme (Tesla-Ströme) in der dermatologischen Praxis, von R. Kaufmann-Frankfurt a. M. S. 246—249. Verwendung findet ein kleiner unipolarer Hochfrequenzapparat der Firma Louis u. H. Löwenstein oder der Veifa-Werke. Wichtig ist die Form der Elektroden, die aus Graphit oder Kupfer bestehen. Am besten sind die Vakuumelektroden. Bevorzugt werden schwache bis mittelstarke Ströme. Die Dauer einer Sitzung beträgt 4—5 Minuten. Gute Erfolge wurden erzielt bei Pruritus vulvae. Noch besser bei Komplikationen der Blennorrhoe, besonders bei der akuten Epididymitis. Die Wirkung der Ströme erklärt Verf. aus einer anämisierenden Wirkung; ferner spielen Wärme und Ozonentwicklung eine Rolle.

Über einen Fall von Erythema nodosum und exsudativum multiforme bei latenter Spätlues, von Egon Klebe-Altona. S. 250—255. Bei einer Frau mit latenter Spätlues (vernarbter tertiärer Gaumenprozeß, WR ++++) tritt im Anschluß an eine lakunäre Angina das Krankheitsbild eines typischen Erythema nodosum auf. Hieran schließt sich unter Abheilung des Erythema nodosum der Hauptsymptomenkomplex eines Erythema exsudativum multiforme an. Wir sehen beide Krankheitsbilder als den Ausdruck einer akuten Infektion an. Über einen etwaigen Zusammenhang zwischen Lues und Tuberkulose einerseits und den Erythemen andererseits herrscht noch vollkommene Unklarheit. Man kann aber annehmen, daß diese chronischen Infektionskrankheiten einen günstigen Boden für die Entwicklung des Erythema nodosum und exsudativum multiforme darstellen.

Pernionen an den Unterschenkeln, von Victor Klingmüller-Kiel. S. 256—259. Bei jungen Mädchen findet man manchmal größere Geschwüre an den Unterschenkeln. Die Ränder sind steil, der Geschwürsgrund nekrotisch. Sie sitzen oberhalb des oberen Stiefelrandes. Ätiologisch handelt es sich um Erfrierungen an den Unterschenkeln, deren Entstehung durch das Tragen dünner Strümpfe und kurzer Röcke sehr begünstigt wird.

Untersuchungen über das Verhalten der Spirochaeta cuniculi und Spirochaeta pallida im Kaninchen, von W. Kolle, F. Ruppert und Th. Möbius-Frankfurt a. M. S. 260—276. In großen Versuchsreihen wird bewiesen, daß beim Kaninchen eine spezifische infektiöse Geschlechtskrankheit vorkommt, die durch eine feine Spirochäte hervorgerufen wird und sicher von der menschlichen auf das Kaninchen übertragenen Syphilis verschieden ist. Die in Züchtereien vorkommende spontane Kaninchensyphilis ist eine Krankheit sui generis.

Hornhautpigmentation (Zur Pigmentfrage), von C. Krejbich-Prag. S. 277—282. Die histologischen Untersuchungen sind an der Kornea vorgenommen. Es handelt sich um die Entscheidung der Frage: Entsteht das Pigment in der Epithelzelle selbst oder wird es von den Melanoblasten zugeführt? Nach Ansicht des Verf. entsteht das Pigment in jeder Epithelzelle selbst. Er glaubt behaupten zu können, daß eine Verbindung zwischen Pigmentkorn und dem Kern besteht. Ferner spricht dafür die Tatsache, daß der Kern schon in sich Eigenschaften besitzt, in Pigment überzugehen. Bekannt ist die Pigmentation des pyknotischen Kerns. Die Rolle des alkohollöslichen Lipoids in der Biologie der Melanoblasten und im Pigmentvorgang ist noch ungeklärt.

Zur Histologie der Hautnarben, von S. Levi-Frankfurt a. M. S. 283—286. Histologische Untersuchungen an 20 Präparaten. Verf. fand in jungen Narben dünne elastische Fasern. Diese elastischen Fasern nehmen bei älteren Narben an Zahl und Dicke zu. Die Anhangsgebilde der Haut fehlen in der Narbe. Eine Ausnahme bilden nur die ganz oberflächlichen Narben.

Zur Kenntnis der Boeckschen Sarkoide, von F. Lewandowsky-Basel. S. 287 bis 293. Ein 12jähr. Knabe erkrankte an symmetrischer Schwellung der Speichel- und Tränendrüsen nebst Beteiligung des lymphatischen Apparates. Fünf Wochen nach Beginn der Erkrankung tritt ein Exanthem auf, das an Erythema nodosum erinnert. Ein Jahr später beginnt sich eine Hautaffektion im Gesicht herauszubilden, die sich in drei Jahren zu einem Boeckschen Sarkoid auswächst. Drei umschriebene Herde, zahlreiche Teleangiektasien und auf Glasdruck feine gelbgraue Fleckchen. Die histologische Untersuchung bestätigt die Diagnose. Der Fall lehrt, daß es eine Form des Boeckschen Sarkoids gibt, die akut mit Schwellung der Speicheldrüsen usw. einsetzen kann. Die Ätiologie konnte in bezug auf Tuberkulose nicht geklärt werden.

Digitized by Google

Abortiv- und Präventivbehandlung der Gonorrhoe bei der Frau, von Heinrich Loeb-Mannheim. S. 294—300. Behandlung von Zervix, Vagina und Urethra mit 10%iger Protargollösung (Injektion von 0,5 ccm Arthigon extrastark intramuskulär). Die Zervix erhält eine Instillation von 1 ccm. Tampon (—). In zwei Fällen Abortivheilung. Bei acht rein lokal behandelten Fällen nur ein Erfolg.

Über eine mit Schuppung, Pigmentierung und Atrophie der Haut einhergehende chronische Dermatose, von E. Meirowsky-Köln. S. 301—307. Ein Fall aus dem Jahre 1913, den Verf. für eine Dermatose sui generis hält. Klinisch: chronische Schuppung, Pigmentbildung und Atrophie. Fast der ganze Körper ist befallen. Die erkrankten Partien setzen sich durch auffallend große und bogenförmige Ränder von der anscheinend gesunden Umgebung ab. Histologisch im Beginn Ödem und Infiltrat des Papillarkörpers, starke Pigmentbildung, Akanthose und Parakeratose. Bei der Rückbildung zeigt die Haut den Charakter einer pigmentierten Narbe mit einem chronischen Ödem des Papillarkörpers. Differentialdiagnostisch kommen Psoriasis generalisata und Erythrodermie in Frage.

Untersuchungen über die Wassermannsche Reaktion bei Paralytikern, von E. Nathan und R. Weichbrodt-Frankfurt a. M. S. 308—318. Der Ausfall der WR bei manchen Paralytikern schwankt im Verlauf der Krankheit sehr stark. Man findet sogar bei unbehandelten Fällen bei starker Liquorreaktion eine negative Blutreaktion oder umgekehrt. Durch die spezifische Behandlung wird die Blutreaktion leichter beeinflußt als die Liquorreaktion. Von dem Ausfall der Stärke der WR kann man nicht auf den Krankheitszustand schließen. Zwischen Spirochätenbefunden und WR bestehen keine festen Beziehungen.

Zur Frage der Neosalvarsanbehandlung fieberhafter Pyelitiden, von Karl Rencker-Frankfurt a. M. S. 319—327. 12 Fälle von fieberhaften Pyelitiden wurden mit mehreren Salvarsaninjektionen behandelt (Dos. I). Der Erfolg war gut. Nach 2—3 Injektionen trat eine erhebliche Urinaufhellung ein. Ein Rückfall wurde nicht beobachtet.

Über den Cholesteringehalt des Blutserums von Luetikern, von Margot Rothenberger-Nathan. S. 328—337. Die Cholesterinwerte bei der unbehandelten seronegativen Primärsyphilis entsprechen der von Stepp angegebenen Norm von 0,14%, bei der der seropositiven unbehandelten Sekundärsyphilis liegen sie etwas unter der Norm. Nach antiluetischer Behandlung zeigte sich in 44% der Fälle (18 Fälle wurden im ganzen untersucht) eine Steigerung der Werte. Andere Fälle lagen unter normal. Die Steigerung ist unabhängig von der WR. Die positive WR zeigt einen niederen Cholesterinwert; die negative WR nach spezifischer Behandlung dagegen eine Steigerung des Cholesterinspiegels im Blutserum. Der Durchschnittswert von 26 seropositiven Fällen beträgt 0,128%; von 22 seronegativen Fällen 0,149%.

Zur Frage der Reaktionsfähigkeit des aktiven Serums beim serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung, von H. Sachs. S. 338—344. Man kann durch Salzsäureeinwirkung bestimmten Grades die Labilität im aktiven Serum so vermindern, daß die für Syphilis charakteristische Reaktion zum Ausdruck gelangt.

Zur Kenntnis der Epithelzysten der Haut, von Oskar Salomon-Koblenz. S. 345—346. Auf der Glans eines 25jähr. Mannes fand sich ein bohnengroßer Tumor; die histologische Untersuchung ergab eine Epithelzyste.

Über einen Fall von extragenitalem, syphilitischem Primäraffekt auf Lupus vulgaris, von Oskar Salomon und Hermann Feit-Koblenz. S. 347—349. Am Arm einer Patientin wurde auf einen Lupus wahrscheinlich durch einen Kuß ein typischer Primäraffekt gesetzt.

Steigerung der Ambozeptorbildung im Kaninchenserum durch intravenöse Deutero-Albumose-Injektion, von Martha Schulz-Königsberg. S. 350—354. Durch Versuche wird nachgewiesen, daß man nach Vorbehandlung mit Hammelblut durch intravenöse Deutero-Albumose-Injektionen die Bildung von hämolytischem Ambozeptor im Kaninchenkörper steigern kann. Es wurde an mehreren Tagen je 1 ccm einer 10%igen Deutero-Albumoselösung in Aqua dest. verwendet. Da bekanntlich bei den letzten hochwertigen Hammelblutinjektionen nicht selten Tiere eingehen, kann man durch dies Verfahren Tierverluste vermeiden. Durch den hohen Titerwert verringert sich der Verbrauch des teuren Ambozeptormaterials.

Über die Spezifität der Sachs-Georgischen Reaktion bei Syphilis, von Martha Schulz-Königsberg. S. 355—361. Verf. hat die Spezifität der SGR durch Nachuntersuchungen, Provokationen und Kontrollfälle geprüft. Sie hält bei Verwendung guter

Digitized by Google

Extrakte eine deutliche Überlegenheit der SGR über die WR für erwiesen. Unspezifische Wirkung wurde nur bei Ulcus molle beobachtet.

Zur Kenntnis der Darierschen Krankheit, von Rudolf Spitzer-Breslau. S. 362 bis 376. Mitteilung mehrerer Krankengeschichten. Röntgenstrahlen hatten in wenigen Fällen ein günstiges Ergebnis. Selten sind Schleimhauterkrankungen. Bei einem Falle fanden sich zahlreiche stecknadelkopfgroße, mattgraue, gedellte Knötchen auf hyperämischer Grundlage am Übergang vom harten zum weichen Gaumen. In einem anderen Falle wurde Leukoplakie beobachtet. In einem Falle bestand eine ererbte Nagelerkrankung, charakterisiert durch hochgradige Onychorrhexis und Onychoschisis aller Fingernägel.

Über akute Ausbreitung frischer Syphilis im Körper des Erwachsenen, von Walter Stoeckenius-Gießen. S. 377—390. Verf. konnte 4 Fälle, die wegen frischer Syphilis mit Salvarsan behandelt wurden und zum Exitus kamen, pathologisch-anatomisch untersuchen. Im Vordergrunde des klinischen Bildes stand eine allgemeine Dermatitis, in einem Falle Darmerscheinungen. Anatomisch fand Verf. schwere interstitielle Entzündungserscheinungen in Herz, Nieren und Lunge als Todesursache. Spirochäten wurden nicht festgestellt. Verf. stellt fest, daß es sich nicht um Salvarsanvergiftungen handelt, sondern daß durch eine für den Einzelfall ungeeignete Behandlung, das heißt durch eine für den augenblicklichen Zustand zu große oder zu kleine Dosis, eine ganz akute Ausbreitung der Syphilis stattgefunden hat. Er rät zu einer peinlich genauen klinischen Beobachtung und zur Individualisierung der Behandlung.

Die Dermatologen Wiens vor einem halben Jahrhundert, von Theodor Veiel-Cannstadt. S. 391. Persönliche Erinnerungen Veiels an Hebra, Auspitz, Kaposi und andere Wiener Mediziner der damaligen Zeit. E. Meyerhoff-Hamburg.

Archives of Dermatology and Syphilology.

März 1921, Bd. 3, H. 3.

Die Anwendung von kutanen Anaphylaxie-Reaktionen bei Hautkrankheiten (The Application of Cutaneous Sensitization to Diseases of the Skin), von **M. F. Engman** und W. G. Wander-St. Louis. S. 223—234. Verschiedene Hautkrankheiten wurden in ihrem Verhalten gegenüber Impfungen mit verschiedenen Eiweißen (von Weizen, Milch, Ei, Rind-, Schweinefleisch usw.) geprüft. Die Reaktionen wurden erzeugt in der Weise, daß an der Innenseite des Vorderarms ein kleiner Einschnitt gemacht, mit einem Tropfen $^1/_{10}$ Normal-Natronlauge angefeuchtet und dazu eine kleine Menge von dem besonders hergestellten Protein hinzugefügt wurde. Je nach dem Ausfall der Reaktion wurde die Diät entsprechend geändert. Besonders bei Urtikaria und Kinderekzem wurde ein hoher Prozentsatz positiven Ausfalls der Reaktion beobachtet.

Berufsdermatitis bei Zahnärzten infolge Empfänglichkeit für Prokain (Occupational Dermatitis in Dentists: Susceptibility to Procain), von C. G. Lane-Boston. S. 235—244. Prokain ist ein ungiftiges Kokain-Ersatzpräparat. Verf. bringt die Krankengeschichten von drei infolge Anwendung desselben an Dermatitis erkrankten Zahnärzten und glaubt annehmen zu müssen, daß die Erkrankung eher auf Grund einer erworbenen Empfänglichkeit als einer wirklichen Idiosynkrasie zustande kommt.

Ein fünfter Fall von Sklerodermie mit Arsenbefund im Harn (A Fifth Case of Scleroderma with Arsenic in the Urine), von S. Ayres-Los Angeles. S. 245—247. Verf. verweist auf seine frühere Arbeit über diesen Gegenstand (Ayres, Samuel: Scleroderma as a Possible Manifestation of Chronic Arsenic Poisoning, Arch. Dermat. and Syph., Dez. 1920, Bd. 2, S. 747) und beschreibt einen fünften Fall. Eine sechste Beobachtung ist von einem anderen Autor gemacht worden. In beiden Fällen war nicht festzustellen, woher das Arsenik stammte, auch die Patienten wußten nicht darum.

Der Wert der Jodbehandlung bei Lepra (The Value of Jodin in the Treatment of Leprosy), von J. T. Wayson-Honolulu. S. 248—249. Verf. wendet bei Lepra große Dosen Jod an (in Form von Jodkali, Sajodin, Lugolscher Lösung, besonders aber von Jodalbin), die, monatelang fortgegeben, namentlich bei der tuberösen Form ausgezeichnete Wirkung hervorrufen. Verstärkt wird die letztere dadurch, daß Verf. ein jodiertes Eigenserum erzeugt, indem er an den Hauptstellen mittels Kohlensäureschnees Blasenbildung hervorruft und das Serum wieder einspritzt. Er vergleicht die Jodwirkung bei Lepra der bei Syphilis.

Digitized by Google

Dosierung der Röntgenstrahlen vom Standpunkte des Pathologen. Vorläufige Mitteilung (Roentgen-Ray Dosage from the Pathologic Point of View. Preliminary Report), von D. L. Satenstein und J. Remer-New York. S. 250—253. Akut und subakut entzündlich veränderte Gewebe enthalten Lymphozyten-Rundzellen. Sie sind die am wenigsten widerstandsfähigen von allen pathologischen Zellen und am leichtesten durch therapeutische Maßnahmen zu beeinflussen. Chronisch entzündlich veränderte Gewebe weisen die Fibroblasten-Bindegewebszellen auf. Sie sind widerstandsfähiger und weniger leicht zu beeinflussen als die Lymphozyten. Granulome enthalten als charakteristische Bestandteile Riesenplasma- und epitheloide Zellen; sie sind widerstandsfähiger und weniger beeinflußbar als die zuvor genannten Zellen. Die Elemente der Neubildungen richten sich nach dem Ursprungsgewebe. Die vom stärksten Typus (von Epithel und Drüsen stammend) sind die widerstandsfähigsten und am schwersten beeinflußbar von allen pathologischen Zellen. Normale Gewebszellen sind widerstandsfähiger als die pathologischen. Die Widerstandsfähigkeit wechselt je nach Alter, Körperteil und Art des Gewebes. Auf Grund dieser Einteilung haben die Verff. Versuche mit verschiedener Strahlenintensität angestellt und vor allem beobachtet, wie sich die Erholungsfähigkeit bei Voll- und Teildosen verhält. Die Anspruchsfähigkeit ist am stärksten und am längsten andauernd bei den Zellen von der geringsten Widerstandsfähigkeit. Diese Zellen erholen sich in den Zeiträumen zwischen den einzelnen Bestrahlungen nicht völlig. Die Anspruchsfähigkeit ist am schwächsten und von kürzester Dauer bei den Zellen, die die größte Widerstandsfähigkeit besitzen. Diese Zellen erholen sich vollständig in den Zwischenräumen. Also die Anspruchsfähigkeit der lebenden Zellen auf die Einwirkung der Strahlen ist das Wesentliche, und von ihr hängt es ab, ob man in einem bestimmten Gewebe eine Verbrennung (Geschwürsbildung) oder einen ungenügenden Erfolg erzielt.

Experimentelle Erzeugung von klinischen Bildern der Syphilis beim Kaninchen (Experimental Production of Clinical Types of Syphilis in the Rabbit), von W. H. Brown und L. Pearce-New York. S. 254—262. Es war bisher noch eine offene Frage, ob die Eigenarten des Spirochätenstammes oder die Abwehrbestrebungen des befallenen Wirtes die Verschiedenartigkeit der syphilitischen Erscheinungen zur Folge hätten. Im Verlaufe der Versuche, die sich mit generalisierter Syphilis beim Kaninchen befassen, wurde festgestellt, daß ganz verschiedene Bilder der Krankheit häufig durch Impfungen am Hoden mit einem und demselben Spirochätenstamm erzeugt wurden; auch bestand anscheinend ein deutlicher Zusammenhang zwischen den beim Versuch angewendeten Bedingungen (ob ein oder beide Hoden geimpft, ob Früh- oder Spätkastration vorgenommen wurden usw.) und dem Krankheitsbilde, das sich ergab.

Eine Untersuchung über die Niederschläge im Serum bei Arsphenaminbehandlung und ihre Beziehung zu klinischen Störungen (A Study of Arsphenamin-Serum Precipitates and their Relation to Clinical Reactions), von J. F. Schamberg, K. Tokuda und J. A. Kolmer-Philadelphia. S. 263—271. In der vorliegenden Arbeit haben sich die Verff. beschränkt auf die Untersuchung mit denjenigen Reaktionen, die von L. Bermann (The Nitritoid Crises after Arsphenamin Injection, Arch. Int. Med., 1918, Bd. 22, S. 217) beschrieben sind. Seren von Patienten mit „nitritoiden Reaktionen" nach Salvarsanbehandlung konnten nicht untersucht werden, weil zur Zeit solche Patienten sich nicht fanden. Was dagegen die Beobachtungsergebnisse von den Seren von Patienten, die plötzlich (nitritoide) Reaktionen nach der Anwendung von Neosalvarsan bekamen, anlangt, so fand sich kein Beweis dafür, die Schlüsse von Bermann zu rechtfertigen, daß diese einfachen Versuche (nämlich das Mischen von Seren mit Neoarsphenaminlösungen) dazu dienen könnten, das Auftreten dieser Reaktionen vorherzusagen.

Eine Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit in 1869 Fällen von Syphilis aller Stadien (A Study of the Spinal Fluid in 1869 Cases of Syphilis in all Stages), von U. J. Wile und C. H. Marshall-Ann Arbor, Mich. S. 272—278. Die Verff. betonen die große prognostische Bedeutung der Rückenmarkspunktionsbefunde. Wenn das Nervensystem nicht während der ersten Monate nach der Infektion angegriffen wird, so wird es später nur selten noch befallen, in mehreren tausend Fällen trat dies nur dreimal ein. Von den verschiedenen Untersuchungsmethoden zeige die Vermehrung des Globulingehaltes etwas häufiger positiven Ausfall als die anderen Reaktionen. Ein beträchtlicher Grad von Zerebrospinalveränderungen kann in der sogenannten Latenzperiode der Syphilis vorhanden sein, ohne daß sonstige Zeichen oder Symptome sich nachweisen lassen. Solche Fälle ohne Symptome können später dieselben zeigen, und dann gewährt

Digitized by Google

die Untersuchung mit der Goldsolmethode die Möglichkeit, daß allerletzte Schicksal des Falles schätzungsweise vorauszusagen. Beim Vergleiche der großen Zahl der Fälle von primärer und sekundärer Syphilis mit positiven Befunden mit der verhältnismäßig kleinen Prozentzahl von Spätneurosyphilis (im Vergleich zu der Gesamtzahl der Syphilitiker) muß man den Schluß ziehen, daß eine große Zahl von Frühfällen in der Form der meningealen Roseola auftritt, die nur vorübergehende klinische Erscheinungen macht. Das häufige Vorkommen von Alopezia, Iritis und Leukoderma bei Neurosyphilis wird bestätigt, dagegen die angebliche Seltenheit von syphilitischen Veränderungen an Haut und Knochen und inneren Organen bei Neurosyphilis widerlegt.

Ein Versuch, die Empfindlichkeit der Komplementbindungsreaktion für die Syphilis zu verstärken ohne Minderung der Genauigkeit (An Attempt to Improve the Sensitiveness of the Complement-Fixation Test for Syphilis without Loss of Accuracy), von W. H. Kellogg-Berkeley, Kalif. S. 279—285. Es ist eine Methode mit Verwendung von aktivem Serum und daher schärfer als mit inaktiviertem. Die Technik bietet in ihren Einzelheiten kein besonderes Interesse.

Ein vorläufiger Bericht über mehr als tausend Wassermann und Sachs-Georgi vergleichenden Proben (The Sachs-Georgi Reaktion for Syphilis. A Preliminary Report of more than one Thousand Comparative Wassermann and Sachs-Georgi Tests), von S. A. Levinson und W. F. Petersen-Chicago. S. 286—294. Die Versuche wurden nach den von Mandelbaum (M. m. W., 1918, Nr. 65, S. 294) vorgeschlagenen Abänderungen und unter allen möglichen Kautelen angestellt. Eine Prüfung von 1042 Seren und Spinalflüssigkeiten mittels der WR und SGR zeigte in 92% der Fälle einen völligen Gleichlauf beider Proben. In 62 Fällen, wo der WR negativ war, während die SGR positiv oder zweifelhaft ausfiel, brachte die klinische Vorgeschichte oder Untersuchung in 58% der Fälle den Beweis für das Bestehen einer Syphilis. Die Technik der SGR ist einfach, es wird nur ein biologisches Reagens (Antigen) benötigt anstatt der vier bei WR. Diese Einfachheit vermehrt die Gleichförmigkeit der Ergebnisse. Von der Darstellung eines guten Antigens hängt der letzte Grad des Spezifität ab. Wegen dieser Einfachheit und der Tatsache, daß sie häufig in syphilitischen Fällen positiv ausfällt, wo die WR ein negatives Ergebnis zeigt, bringt nach Ansicht der Verff. die SGR in Verbindung mit der WR eine wertvolle Hilfe bei der Syphilisdiagnose.

Ein falscher Schanker (A Spurious Chancre), von J. H. Stokes-Rochester, Minn. S. 295—296. Bei einem Patienten mit Tabes zeigte sich am inneren Vorhautblatt ein Geschwür (Abbildung), das klinisch in jeder Weise harten Schanker vortäuschte. Pat. hatte 2 Wochen nach einem Beischlaf eine Papel bemerkt, die sich vergrößerte und zur oberflächlichen Erosion wurde. Von einem Arzte wurde die Stelle zweimal geätzt. Die weitere Untersuchung ergab nun, daß Primäraffekt natürlich nicht vorlag. Möglicherweise handelt es sich um Inokulationsgumma durch Superinfektion.

April 1921, Bd. 3, H. 4.

Eine experimentelle Untersuchung über die durch Arsphenamin bei Kaninchen hervorgerufenen histologischen Veränderungen (A Study of the Histologic Changes Produced Experimentally in Rabbits by Arsphenamin), von J. A. Kolmer und B. Lucke-Philadelphia. S. 483—514. Die Arbeit bringt zahlreiche Beschreibungen und Abbildungen von histologischen Veränderungen, die in den verschiedensten Organen gefunden sind. Zweifellos stehen diese Veränderungen in wichtigem Zusammenhang mit den nach Arsphenaminanwendung beobachteten klinischen Störungen und den Methoden der Arsphenamintherapie. Die Ergebnisse sind folgende: 1. Die intravenöse Injektion von tödlichen Dosen von sauren Arsphenaminlösungen erzeugt bei Versuchstieren weitverbreitete und schwere Gefäßschädigungen, die charakterisiert sind durch vermehrte Blutzufuhr, Thrombusbildung und Hämorrhagie; später treten Zellentartung und Nekrose ein. 2. Die intravenöse Injektion von einzelnen hohen Dosen von alkalischen Arsphenaminlösungen, die verhältnismäßig zehnmal stärker als die beim Menschen üblichen Maximaldosen sind, ruft schwere Gefäß- und Gewebsschädigungen, hauptsächlich in Leber, Nieren, Nebennieren und Milz hervor. 3. Die intravenöse Injektion von vielfachen therapeutischen Dosen von alkalischen Arsphenaminlösungen, die Dosen von 0,69 pro 60 kg Körpergewicht entsprechen, rufen nur unmerkliche Gewebsveränderungen hervor, die nicht deutlich genug ausgesprochen sind, um die Organfunktionen zu beeinträchtigen.

Digitized by Google

Eine experimentelle Untersuchung über die durch Neo-Arsphenamin bei Kaninchen hervorgerufenen histologischen Veränderungen (A Study of the Histologic Changes Produced Experimentally in Rabbits by Neo-Arsphenamin), von J. A. KOLMER und B. LUCKE-Philadelphia. S. 515—530. Die intravenöse Einspritzung von einzelnen großen und vielfachen kleinen Dosen von Neoarsphenamin bei Ratten und Kaninchen ruft Gefäßschädigung, Zellveränderungen und Nekrose hervor, ähnlich wie nach Verwendung von alkalischen Arsphenaminlösungen; aber die Gefäßschädigungen sind verhältnismäßig weniger schwer. Genaue Beschreibung und Abbildung der histologischen Befunde.

Eine experimentelle Untersuchung über die durch Quecksilberverbindungen bei Kaninchen hervorgerufenen histologischen Veränderungen (A Study of the Histologic Changes Produced Experimentally in Rabbits by Mercurial Compounds), von J. A. KOLMER und B. LUCKE-Philadelphia. S. 531—570. Bei Kaninchen erzeugte die Behandlung mit verschiedenen löslichen und unlöslichen Quecksilberverbindungen, wie sie gewöhnlich bei der Syphilisbehandlung Verwendung finden, in intramuskulärer und intravenöser Injektion, als Einreibung und innerlich gegeben, und in Dosen, die verhältnismäßig den beim Menschen gegebenen Höchstdosen ähnlich sind, Gewebsveränderungen in allen untersuchten Organen, nämlich Gehirn, Herz, Lungen, Milz, Leber und Nieren. Beschreibung und Abbildung der histologischen Veränderungen. Die merklichsten Veränderungen fanden sich im Gehirn in Form von perivaskulären Rundzelleninfiltrationen und in den Nieren als tubuläre und kapsuläre Glomerulonephrosen von wechselndem Stärkegrade. Die Größe der durch die verschiedenen Quecksilberpräparate verursachten Gewebsschädigungen scheint in geradem Verhältnis zu dem tatsächlichen Gehalt an absorbiertem reinem Quecksilber zu stehen und unabhängig von der Art des Präparates und der Anwendung zu sein.

Klinische Anmerkungen zu den Arbeiten über die durch Arsphenamin, Neo-Arsphenamin und Quecksilber verursachten histologischen Organveränderungen (Clinical Commentary on Studies of Histologic Changes in Organs Induced by Arsphenamin, by Neo-Arsphenamin and by Mercury), von J. F. SCHAMBERG-Philadelphia. S. 571—578. Verf. bespricht die Ergebnisse der vorigen experimentellen Tierversuche vom Standpunkt des Klinikers aus. Sowohl die Arsphenamine wie Quecksilber, in therapeutischen Gaben angewendet, rufen in den Organen gewisse Strukturveränderungen hervor. Diese heilen zweifellos ebenso ab wie die Veränderungen, die bei verschiedenen akuten Infektionskrankheiten sich zeigen. Die Hauptorgane, die durch die Arsphenamine in Mitleidenschaft gezogen werden, sind die Leber, die Nebennieren und die Blutgefäße (Hepatotropismus, Adrenotropismus, Vaskulotropismus), dagegen spielen sich die Wirkungen des Quecksilbers hauptsächlich in den Nieren (Nephrotropismus) und im Gehirn ab (Zerebrotropismus, eine Beobachtung, die wahrscheinlich neu ist). Daher ist bei Quecksilber- den Nieren, bei Arsphenaminbehandlung der Leber Aufmerksamkeit zu schenken. Der Körper verträgt viel mehr Arsphenamin als Quecksilber, weil die therapeutische Höchstgabe von Arsphenamin unendlich mehr zerstörend auf die Spirochäte wirkt als die von Quecksilber. In ausführlicher Weise begründet Verf. dann seinen Standpunkt, daß starke Quecksilberbehandlung oft für Arsenintoxikation verantwortlich zu machen sei, wenn Arsphenamin und Quecksilber gleichzeitig verabreicht wurden. Große Dosen von beiden dürfen zu gleicher Zeit nicht gebraucht werden; wenn beide vereinigt gegeben werden, so möchten ihre Dosen in umgekehrtem Größenverhältnis zueinander stehen. Es scheint am besten zu sein, die Quecksilber- nach den Arsenreihen zu geben.

Mai 1921, Bd. 3, H. 5.

Die Ätiologie des Ekzems. Mit einem vorläufigen Bericht über experimentelle Arbeiten (The Etiology of Eczema with Preliminary Report of Experimental Studies), von F. G. HARRIS-Chicago. Nach dem Tode des Verf. veröffentlicht das Fragment J. H. STOKES-Rochester, Minn. S. 579—592. Übersicht über die Literatur. Einfluß des Nervensystems auf die Hautleiden. Zusammenhang mit mechanischen, chemischen, endokrinen und anderen Reizen. Einflüsse der Diät und von seiten des Magendarmtraktus. Nachweis von Histamin und Indikan. Auch Beziehungen zum Antitrypsin und der ABDERHALDENschen Reaktion. Die Ergebnisse sind noch nicht spruchreif.

Welche Rolle spielen die endokrinen Drüsen bei der Entstehung und Behandlung der Akne? Vorläufiger Bericht (The Rôle of the Endocrine Glands in the Etiology and Treatment of Acne. Preliminary Report), von L. HOLLANDER-Pittsburgh.

Digitized by Google

S. 593—597. Verf. unterscheidet den anämischen Typ, der das Bild der Schilddrüsentoxikose darbietet und den er mit Nebennierensubstanz behandelt, und den plethorischen Typ; diesen behandelt er mit Schilddrüsensubstanz. Die Therapie wird wochenlang fortgesetzt, daneben werden auch die üblichen Waschungen usw. angewendet. Da als der zugrunde liegende Faktor irgend eine Störung (Imbalanze) im Bereiche der endokrinen Drüsen, wahrscheinlich der Keimdrüsen, anzusehen ist, so wird die Behandlung noch ergänzt durch Verordnung von Hoden- oder Eierstocksextrakte.

Über die Spezifität der cholesterinisierten Antigene bei der serologischen Diagnose der Syphilis (Concerning the Specificiy of Cholesterinized Antigens in the Serologic Diagnosis of Syphilis), von R. A. Kilduffe-Pittsburgh. S. 598—607. Verf. bespricht die jüngste Literatur über die Spezifität der cholesterinisierten Antigene, berichtet über die Ergebnisse bei einer Reihe von 1000 WR und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Bei allen Reaktionen nach Wassermann sollten mindestens drei Antigene, die hinsichtlich ihrer Feinheit voneinander abweichen, zur Anwendung kommen, und zwar vorzugsweise ein Cholesterinextrakt aus Menschenherz, ferner ein Extrakt von azetonunlöslichen Lipoiden, endlich ein alkoholischer Extrakt aus syphilitischer Fötalleber. 2. Bei den Angaben über WR sollte vermerkt sein, welche Antigene gebraucht wurden, wie bei jedem der Ausfall gewesen war, ferner, ob die Reaktion eine vollkommene usw.; die Menge des Serum und die Fixationsmethode. 3. Reaktionen mit Cholesterinantigenen von vier- oder dreimal positivem Ausfall zeigen das Vorhandensein von Syphilis-„Reagin" im Blut an. 4. Reaktionen schwächer als dreimal plus sollten als verdächtig und die Notwendigkeit weiterer Nachforschungen erheischend angesehen werden. 5. In Behandlung befindliche syphilitische Patienten sollten unter Beobachtung bleiben, bis die Komplementablenkungsreaktionen mit cholesterinisierten Extrakten wiederholt negativ ausgefallen sind, nicht nur im Blutserum, falls möglich auch in der Rückenmarksflüssigkeit.

Multiple lymphangiomatöse Hautgeschwülste (Multiple Lymphangiomatous Tumors of the Skin), von E. A. Oliver-Chicago. S. 608—614. Bei einem 48jähr. Manne fanden sich auf den Streckseiten beider Hände, an der Beugeseite des linken Handgelenkes, an beiden Vorderarmen und an der Streckseite der rechten dritten Zehe hypodermale Lymphangiome von zum Teil beträchtlicher Größe. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Da trotz Leugnens einer syphilitischen Infektion die WR stark positiv war, so wurde neben Bestrahlungen eine antisyphilitische Kur eingeleitet, aber der Patient entzog sich der Beobachtung nach kurzer Zeit.

Zahnfleischschanker mit Beschreibung eines Falles (Chancre of the Gum with Report of a Case), von J. V. Klauder-Philadelphia. S. 615—624. Zahnfleischschanker gehören zu den selteneren extragenitalen Primäraffekten. Verf. macht über die Häufigkeit der letzteren Literaturangaben und beschreibt dann die klinischen Bilder des Zahnfleischschankers. Die erosive ist leichter zu diagnostizieren als die ulzerative Form. Die Dunkelfelduntersuchung ist nicht beweiskräftig, da die auch bei normalen Verhältnissen nachzuweisende Spirochaeta microdentium von der Spirochaeta pallida schwer zu unterscheiden ist. Die Krankengeschichte des Falles (erosive Form) war folgende: Ein 28jähr. Homosexueller, der gewohnheitsmäßig den Coitus ab ore aktiv ausübte, hatte sich vor etwa drei Monaten in zahnärztliche Behandlung begeben. Zum Schluß wurde ihm der linke obere Eckzahn gezogen. Bald danach zeigte sich der Zahnfleischschanker (Abbildung). Er erstreckte sich am linken Oberkiefer ungefähr von der Mittellinie bis etwas über den Eckzahn hinaus; war nicht schmerzhaft, nicht entzündet; scharf begrenzt, leicht erhaben, von fester Beschaffenheit, obwohl die Oberfläche etwas schwammig erschien; nicht geschwürig, von leuchtend roter Farbe, sonderte von selbst Serum ab und neigte leicht zum Bluten. Er erinnerte an ein nicht handelndes Epulisfibrom. Dunkelfelduntersuchung fiel positiv aus (siehe oben). Es fand sich ferner ein typisches makulopapulöses Syphilid und allgemeine Drüsenschwellung, besonders die Halsdrüsen waren vergrößert. Durch genaue Untersuchung wurde das Vorhandensein eines sonstigen Primäraffektes ausgeschlossen. Keine Schleimhautplaques. WR im Blut war stark positiv. Unter Arsphenamin- und Quecksilberbehandlung bildete sich sowohl der Zahnfleischschanker wie das Exanthem schnell zurück.

Empfänglichkeit für Rhus-diversiloba-Dermatitis (Susceptibility to Dermatitis from Rhus Diversiloba), von J. B. Mc Nair-Washington. S. 625—633. Der langen Rede kurzer Sinn ist der, daß hin und wieder individuelle Immunität (Toleranz) gegen Lobinol (das toxische Prinzip des Giftsumach) beobachtet wird.

Akute syphilitische Nephritis und Mitteilung eines Falles (Acute Syphilitic Nephritis. Report of a Case), von J. A. Elliott und L. C. Todd-Charlotte, N. C.

Digitized by Google

S. 634—638. Akute syphilitische Nephritis ist eine seltene Komplikation der Syphilis. Die Diagnose hat zu berücksichtigen 1. das Vorhandensein einer Syphilisinfektion, 2. den hohen Eiweißgehalt des Urins bei einer verhältnismäßig niedrigen Zahl von Formelementen, 3. die Wirkung der Behandlung. Der mitgeteilte Fall entsprach diesen Bedingungen. Das Mittel der Wahl ist Arsphenamin, von dem größere Dosen erst nach und nach zu geben sind. Quecksilber darf erst nach Freiwerden des Urins von Eiweiß verordnet werden.

Kurve von 1400 Wassermann-Reaktionen nach der Behandlung mit Neo-Arsphenamin und Salizyl-Quecksilber (Curve of 1400 Wassermann Reactions after Treatment by Neo-Arsphenamin and Mercury Salicylate), von K. M. B. Simon-Belize, Brit. Honduras. S. 639—640. Bietet kein Interesse.

Ein Schema für Studenten zur Darstellung des Kapitels der entzündlichen Hauterkrankungen in Ausdrücken der ursprünglichen Hautveränderungsformen (A Scheme for Presenting the Subject of the Inflammatory Dermatoses to Students in Terms of Fundamental Cutaneous Reaction Signs), von J. H. Stokes-Rochester, Minn. S. 641 bis 647. Jede Form des klinisch sichtbaren hat seine Unterlage in einer Form des histopathologischen Bildes. Tafel I veranschaulicht, welchen pathologisch-anatomischen Unterlagen die klinischen Bilder des Erythems, des Ödems usw., der Bläschenbildung, des Nässens, der Krustenbildung, des Schuppens, der Verdickung und Lichenifikation, der Rißbildung und der Hyperpigmentation entsprechen. Auf den folgenden Tafeln werden die hauptsächlichsten Hautleiden in diese klinischen Bilder zergliedert, wobei die in Frage kommenden gesperrt gedruckt sind.

Weitere Indikationen für die Behandlung mit Pepsinsalzsäure (Further Indications for Pepsin-Hydrochloric Acid Treatment), von E. H. Ahlswede, z. Zt. Hamburg. S. 648—650. Die Unnasche Methode wird auch bei Behandlung von Nebenhodenentzündung (als Injektion in das Organ, daneben Umschläge, von Harnröhrenstrikturen [Einbringen der Lösung beim Bougieren]) und bei Komedonenakne empfohlen. Der schon früher gerühmte Erfolg bei Keloiden usw. wird verstärkt durch Abwechseln mit Pyrogallolbehandlung.

E. Ahrens-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Beitrag zur Kasuistik der Feldnephritis, von H. v. Hecker-Bonn. (M. Kl., 1921, Nr. 36, S. 1085.) Ein 32jähr. Feldzugsteilnehmer erkrankte im Mai 1916 mit ausgesprochenen Symptomen der Kriegsnephritis. Ende Dezember wurde er nach Überstehen eines im Anschluß an eine akute Angina aufgetretenen Rezidivs mit einer Spur Eiweiß und wenigen Leukozyten und Epithelien im Urin arbeitsfähig entlassen. Am 1. IV. 1918 wurde er bei einer Schlägerei erstochen. Im Anschluß an die gerichtliche Obduktion, welche im allgemeinen normale Organe ergeben hatte, wurden die makroskopisch gesund erscheinenden Nieren mikroskopisch untersucht, wobei folgendes festgestellt wurde: außer einer verhältnismäßig geringfügigen Zahl verödeter Glomeruli und teils streifigen, teils perivaskulär und subkapsulären herdförmigen Rundzelleninfiltraten einige herdförmigen, nicht ausgedehnten Verbreiterungen des interstitiellen Bindegewebes, also das Bild eines mit relativer Heilung abgelaufenen Prozesses.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Störungen der Harnbereitung und über die praktische Bedeutung gewisser Harnbefunde im Alter, von E. Zak-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 40, S. 1193.) Als die gewöhnlichsten Äußerungen der senilen Involution der Niere sind zu nennen die Verminderung der Gesamtmenge des Urins (etwa 1000 ccm in 24 Stunden beim Manne, 900 ccm beim Weibe im Senium), die Pollakiurie, die Verminderung der ausgeschiedenen Harnstoffmenge (8—12 g in 24 Stunden), während der Harnstoffgehalt des Blutes vermehrt zu sein pflegt. Die von Quincke zuerst beschriebene Nykturie als unkomplizierte Erscheinung dürfte in vielen Fällen auf Herzschwäche zurückzuführen sein. Wichtige Aufschlüsse erhält man oft durch die (an möglichst frisch entleertem Urin anzustellende) Reaktion auf Urobilinogen. An eine Nierenaffektion wird man immer denken müssen, wenn im Senium der Blutdruck hoch ist (180 mm Hg nach

Digitized by Google

Riva Rocci). auch ohne Eiweiß im Urin. Als eine bemerkenswerte Erscheinung ist zu erwähnen, daß bei dieser Gruppe der Nierenaffektion auf Essigsäure keine oder nur eine ganz geringfügige Trübung auftritt. Bei den Nierensklerosen empfiehlt Z., den Wasserversuch nicht, wie sonst üblich, mit 1500 ccm auszuführen, sondern nur 500 ccm trinken zu lassen. Dabei wird in der ersten Stunde von normalen Individuen schon 200 ccm und noch mehr entleert, und eine nur wenig geringere Quantität in der zweiten; in 3—4 Stunden war dann fast regelmäßig die ganze Menge entleert. Bei Arteriosklerotikern und Nephritikern zeigten sich sehr erhebliche Abweichungen von diesem Normalverlauf. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Kriegsnephritikerschicksale, von F. Deutsch-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 44, S. 1318.) Die Mehrzahl der Erkrankungen fielen in die Jahre 1916 und 1917 (118 Fälle). Nach dem Erkrankungsalter und der Zeit, die seit dem Beginn der Erkrankung verstrichen war, geordnet, ergibt sich, daß fast doppelt so viele ihr Erkrankungsalter mit dem 30.—40. Jahre als mit dem 20.—30. Jahre angaben. Der Höhepunkt der Erkrankung lag für die 30—40jährigen im Jahre 1917, für die 20—30jährigen im Jahre 1916. Der Krankheitsausgang nach der Lazarettbehandlung war bei 49,5% als Heilung zu bezeichnen, bei 21,5% als Heilung mit Defekt, und 29% der Kranken mußten als ungeheilt entlassen werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Frage der Pyelo- und Nephrolithotomie mit besonderer Berücksichtigung der Röntgendiagnostik, von K. Scheyer-Breslau. (D. Zschr. f. Chir., 1921, Bd. 166, H. 5 u. 6, S. 334—358.) In Kombination mit der Röntgenuntersuchung ist bei Nierensteinen die Pyelotomie der Nephrotomie vorzuziehen. Die Röntgenuntersuchung muß zeitlich ganz kurz vor der Operation stattfinden. Dann gelingt fast immer (95,4%) die Darstellung der Steine mit genauer Lokalisation. M. Rehbein-Hamburg.

Ein Fall von doppelseitiger Mißbildung des Ureters (A Case of Double-sided Deformity of the Ureters), von Erik Brattström-Helsingborg. (Acta Chir. Scand., Bd. 54, H. 2, S. 132—136.) Beschreibung eines Falles von beiderseitigen doppelten Ureteren, von denen der eine normal ins Nierenbecken einmündet, der andere dagegen direkt ins Nierenparenchym. Die vorher mittels Zystoskopie und Pyelographie gestellte Diagnose wurde beiderseits durch den Operationsbefund bestätigt.
G. Assmann-Kiel.

Fall von rechtsseitigem Doppelureter, beweglicher Niere und Pyelitis, von G. Vidfelt. (Acta Chir. Scand., Bd. 54, H. 2, S. 137—144.) Beschreibung eines Falles von rechtsseitiger Doppelbildung der Ureteren, die parallel und völlig getrennt von einer Doppelbildung des Nierenbeckens ausgingen und auch getrennt in die Blase mündeten. Als Komplikation fand sich infolge Senkung und Drehung der rechten Niere um die Hilusgefäße als Achse eine Entzündung und Infektion mit Bact. coli des rechten Nierenbeckens. Heilung durch Nephropexie. G. Assmann-Kiel.

Die Verlagerung des Harnleiters, seine Verlängerung und seine Verkürzung, und deren diagnostische Bedeutung, von E. Joseph-Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1921, Bd. 118, Festschrift Bier, S. 194—200.) Die Kenntnis der Lage und Länge des Harnleiters kann differentialdiagnostisch oft wertvoll sein. M. Rehbein-Hamburg.

Der Ureterverschluß durch Mesenterialdrüsentuberkulose, von E. Valentin-Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1921, Bd. 118, Festschrift Bier, S. 189—193.) Beschreibung eines Falles, der bei Ureterenverschluß an das Vorhandensein von Mesenterialdrüsentuberkulose zu denken mahnt. M. Rehbein-Hamburg.

Über Störungen der Harnentleerung im Alter, von V. Blum-Wien. (M. Kl., 1921, Nr. 30, S. 895.) Nichts Neues. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Durch 14 Jahre beobachtete Tuberkelbazillurie ohne sicher nachweisbare Organerkrankung (Beiträge zur Frühoperationsfrage der Nierentuberkulose), von Friedr. Necker-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 42, S. 1803—1806, Schluß zu Nr. 39/40.) Verf. geht von dem Gedankengang aus, daß eine tuberkulös erkrankte Niere sehr wohl die „Quelle einer passageren Tuberkelbazillurie für die gesunde Niere sein kann, ohne daß diese anatomische Läsionen aufzuweisen braucht". Hierbei stellen sich der Indikation für die Operation häufig die größten Schwierigkeiten entgegen. Als Beispiel für die Gefahr einer verfehlten Operation bringt er einen Fall, wie er seinerzeit von Zuckerkandl beobachtet worden ist, und dem nur der kritisch-biologische Blick Zuckerkandls das Leben gerettet hat. Bei dem Patienten, bei dem sicher schon vor der ersten Untersuchung 1914 eine leichte Tuberkulose der rechten Niere bestanden hatte, die sich aber bei der ersten Operation damals nicht weiter manifestierte, kam es 1919 zu einer neuen schweren Erkrankung der linken Seite, bei der Nephrektomie vorgenommen wurde. Der

Digitized by Google

Patient lebt also heute noch mit seiner rechten Niere, die als Frühform diagnostiziert seinerzeit schon hätte exstirpiert werden sollen, ein Zeichen, daß die zuerst erkrankte Niere nicht immer die am schwersten erkrankte zu sein braucht, und die Indikation nicht vorsichtig genug gestellt werden darf. K. Glaser-Berlin.

Die Bedeutung der Pyelographie für die Diagnose der Nierentumoren, von Raimund Th. Schwarzwald-Wien. (W. m. W., 1921, Nr. 42, S. 1809—1813, Schluß zu Nr. 39/40.) Verf. erläutert an Hand einer Anzahl Skizzen von Nierenquerschnitten und Pyelogrammen von Nierentumoren. Die große Bedeutung dieser von Völkers und v. Lichtenberg in die Nierendiagnostik eingeführten Methode, von der er behauptet, daß sie unter den diagnostischen Hilfsmitteln der Tumordiagnostik an allererster Stelle steht.
K. Glaser-Berlin.

e. Weibliches Genitale.

Ein Fall von multiplen Plasmozytomen der Vulva (Un caso di plasmatocitomi multipli della vulva), von Leonardo Martinotti, Univ.-Klin. Bologna. (Haematologica, Archivio italiano di ematologia e sierologia, April 1920, Bd. 1, Nr. 3.) An den großen Labien einer an Fluor leidenden Maschinennäherin fanden sich unregelmäßig begrenzte Läsionen von lebhaft roter Farbe, die bei der Palpation infiltriert erschienen und teilweise mit narbenähnlicher Haut bedeckt waren. An einigen Stellen zeigten sich knötchenförmige — oft ulzerierte — Exkreszenzen von der Größe einer Haselnuß, die sich besonders an der vorderen Kommissur wuchernd entwickelt haben. Diese tumorartigen Gebilde wurden histologisch als multiple Plasmome verifiziert. Heilung innerhalb eines Monats nach Anwendung des scharfen Löffels unter Röntgenbestrahlung.
E. Sklarz-Berlin.

Ulcus vulvae acutum, von Herbert Bentler. (Diss., Bonn 1920.) Drei Fälle — 18 und 20jähr. Mädchen und 20jähr. Friseur. Verf. will die Erkrankung als Ulcus pseudovenereum oder Ulcus genitale acutum genannt wissen. F. Weiler-Leipzig.

Über Schädigungen durch Fremdkörper in der Vagina, von H. Koopmann-Hamburg. (M. Kl., 1921, Nr. 41, S. 1231.) Einer 33jähr. ledigen Patientin wurde wegen dysmenorrhoischer Beschwerden und Hypoplasie uteri ein Nassauersches Fruktulet mit gutem Erfolg eingelegt. Nach etwa 2 Monaten hatte sich auf der hinteren Scheidenwand ein markstückgroßes Dekubitalgeschwür entwickelt. Bei einer anderen, 34jähr. Patientin hatte das Tragen eines Sterilets nach etwa 8 Monaten zur Entwicklung von großen, die ganze Scheide ausfüllenden Tumormassen geführt.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über das Vorkommen von Diphtheriebazillen in der Scheide, von Friedrich Lönne und Paul Schugt-Göttingen. (Zbl. f. Gynäk., 1922, H. 3, S. 93.) Verff. haben in 300 Abstrichen, die sie bei 110 Frauen ausführten, niemals echte Diphtheriebazillen gefunden. Sie fanden nur Pseudodiphtheriebazillen, die durchweg kleiner waren als echte, und wiederholt der regelmäßigen Polkörperchenfärbung ermangelten. Die Pseudodiphtheriebazillen lassen sich schlechter ausstreichen, da sie eine große Neigung zur Klümpchenbildung haben. Wenn auch die Möglichkeit, daß Diphtheriebazillen in der Scheide vorkommen, besteht, glaubten Verff. doch, daß die hohe Zahl, die Broer fand, nicht verallgemeinert werden kann. A. Rosenburg-Berlin.

Beitrag zur Kenntnis des Bacillus crassus, von B. Lipschütz. (M. Kl., 1921, Nr. 43, S. 1303.) Verf. verteidigt, gegenüber den Auslassungen von Heim (M. Kl., Nr. 20), der für diesen Mikroorganismus den Namen Döderleinscher Scheidenbazillus oder Bacillus vaginae beibehalten wissen will, den Namen Bacillus crassus, namentlich aus dem Grunde, weil derselbe auch an anderen Orten außer der Scheide anzutreffen ist.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Ausrottung des Harnröhrenkrebses unter zeitweiligem Aufklappen der Schoßfuge, von Paul Graf, Städt Krkh. Neumünster. (Zbl. f. Gyn., 1921, Nr. 49, S. 1777.) Verf. hat bei einer 41jähr. Frau mit einem die Harnröhre in ihrer ganzen Länge einnehmenden Karzinom dieselbe in ihrer ganzen Länge exstirpiert. Die plötzliche Harnverhaltung zwang zur Anlegung einer suprapubischen Fistel in örtlicher Betäubung. Elf Tage später Operation: Tamponade der äußeren Harnröhrenmündung durch Jodoformgazetamponade und Naht. Jetzt werden beiderseits knapp seitlich vom Schambeinhöcker bis auf den Knochen 2 Längsschnitte bis in die großen Schamlippen geführt, die ein Querschnitt unterhalb der Klitoris miteinander verbindet. Aufklappen des Lappens oberhalb der Klitoris. Durchmeißeln des Schambeines beiderseits außerhalb der Symphyse. Noch vor der Durchschneidung werden beiderseits im Knochen die Bohr-

Digitized by Google

löcher für die spätere Knochennaht angelegt. Jetzt kann man die Harnröhre und die vordere Blasenwand freilegen. Vor Abtragen der Harnröhre wird ein Längsschnitt in die vordere Blasenwand oberhalb des Blasenhalses gemacht und jetzt unter Leitung des Auges der vordere Blasenhals dicht vor den Ureterenmündungen abgetragen. Schwierig macht die Naht der Blase, daß sich dieselbe durch die vordere suprapubische Fistel spannt. In dem beschriebenen Falle ging die Blasennaht auf und erforderte einen weiteren großen operativen Eingriff. Verf. nennt die Operation einen gelungenen Versuch, da er zugibt, daß vielleicht die Bestrahlungstherapie auch zum Ziele geführt hätte.
A. Rosenburg-Berlin.

Tuberkulose der weiblichen Genitalien, von St. Toth. (Krankenvorstellung in d. Budapester Kgl. Ärzteverein, 3. April 1921.) Eine 32jähr. Frau (Nullipara) seit 7 Jahren an blutig-schleimigem Fluß und Krämpfen erkrankt. Die histologische Untersuchung der mit Kurettage gewonnenen Schleimhaut ergab eine Endometritis tuberculosa. Im Organismus ließ sich auf keine Weise irgendwo Tuberkulose feststellen. Nach Entfernung der Tuben und des Uterus, zeigte die Untersuchung eine auf der Zervix, dem Korpus und die Tuben isolierte Tuberkulose. Noch nach 2 Jahren war die Frau ganz gesund geblieben. 2. Ein menschenkopfgroßer Tumor wurde von einer 40jähr. Frau 4 Monate nach der 9. Geburt entfernt, welcher eine mit blutig-seröser Flüssigkeit gefüllte Zyste war, mit dicker Wand, von innen mit fibrösen Auflagerungen belegt, und teilweise mit Knötchen besät. Mikroskopisch: Tuberkulose. M. Porosz-Budapest.

Über Beeinflussung der Genitalien und ihrer Funktion durch Trauma, von Herbert Kranz. (Diss., Bonn 1920.) 8 Fälle. In 6 Fällen waren Blutungen durch physische Traumen hervorgerufen, und zwar handelte es sich dreimal um eine parametrane Blutung, einmal um ein Hämatom der Bauchdecken in der Schwangerschaft, zweimal um Hämatovarium. In 2 weiteren Fällen bewirkten psychische Alterationen Störungen der Genitalfunktion. Einmal handelte es sich um Abort, das andere Mal um Störung der Laktation nach psychischem Trauma. F. Weiler-Leipzig.

Die Menarche in ihrer Beziehung zur Menstruation und Fruchtbarkeit des Weibes, von Hans Dietrich. (Diss., Gießen 1920.) 740 Fälle der Universitätsfrauenklinik Gießen, die zum größeren Teil der ländlichen Bevölkerung angehören. Frühmenarche zwischen 10. und 12 Jahr; mittlere Menarche zwischen 14. und 16. Jahr und Spätmenarche vom 17. Jahre ab. Die Frühmenarche hatte die meisten Fälle, die später 1—3 und 3—4 Tage menstruierten. Bei der mittleren Menarche dauerte die Menstruation 4—5 bzw. mehr als 6 Tage, ebenso in 55,5% bei der Spätmenarche. Frauen mit regelmäßigen Menses, die spät heirateten, wiesen die größte Sterilität dann auf, wenn die Menarche bei ihnen verspätet erschien. 26,6% der Ehen dieser Frauen blieben steril, während die Sterilität bei der Früh- und mittleren Menarche nur 19,2% und 23,9% betrug. Frauen, bei denen die Menstruation im Anschluß an die Menarche mit Störungen einhergeht, haben eine geringere Fertilität, als die regelmäßig menstruierenden.
F. Weiler-Leipzig.

Über Terpentinbehandlung der Adnextumoren, von L. Földer-Budapest. (Magyar Orvos., 1921, Nr. 10.) Besonders bei akuten und subakuten Entzündungen der Adnexe — gleichwie katarrhalischer (infektiöser) oder blennorrhoischer Natur — gute Erfolge. Akute Fälle, welche auf Terpentin nicht reagieren, sollen den Verdacht auf tuberkulöse Adnexerkrankung lenken. An die Terpentininjektionen kann sich nie eine Anaphylaxie einstellen. Die Behandlung nimmt Verf. mit 0,15—0,20 ol. Thereb. plus 0,05 Anästhesin vor. 50% Heilung, 30% Besserung, 20% Versager.
M. Porosz-Budapest.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Die Geschlechtskrankheiten, eine öffentliche Gefahr (Venereal Disease: A Public Peril), von Honorable William Renwick Riddell-Toronto. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 12.) Ansprache vor dem Kanadischen Nationalrat zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten seitens dessen Vorsitzenden. Keine bemerkenswerten Gesichtspunkte.
E. Levin-Berlin.

Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten (The Prevention of Venereal Diseases), von Joseph Broadman-New York. (New York m. J., 1921, Bd. 114, Nr. 12.) Nichts Besonderes. E. Levin-Berlin.

Ein Fortschritt in der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von A. Freymuth-Berlin. (Allg. m. Ztg., 1922, Nr. 2.) Empfehlung eines neuen, von der Herold-

Digitized by Google

Aktiengesellschaft unter dem Namen „Halla" in den Handel gebrachten, gleichzeitig gegen Tripper und Syphilis wirksamen Schutzmittels. Dasselbe enthält als wirksames Prinzip (ebenso wie das interne Blennorrhoemittel Arhovin) Thymol in einer Masse von halbflüssiger Konsistenz. Sie ist nicht fleckend, leicht abwaschbar, die Zinntuben werden von dem Thymol nicht angegriffen, so daß nicht wie bei anderen Mitteln eine Zersetzung und ein Unwirksamwerden eintritt. Für Frauen wird unter dem Namen „Halla II" ein Schutzmittel in Kugelform hergestellt. E. Levin-Berlin.

Die sanitäre Kontrolle der Prostituierten zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten (L'accertamento sanitario delle prostitute nella profilaxie delle malattie veneree), von Leonardo Martinotti, Hautklin. Bologna. (Gaz. internaz. di med., 1920.) Der untersuchende Arzt muß mit allen Schlichen vertraut sein, mittels deren die Prostituierten ihre Erkrankung zu verbergen suchen. Nicht ambulant, sondern stationär müssen alle Geschlechtskrankheiten behandelt werden. Sorgfältige Beachtung verdienen die einfachen Erosionen und der Herpes genitalis, von anderen Affektionen die Pedikulosis und Skabies. E. Sklarz-Berlin.

Über eine eigentümliche Wirkung des Jodivals, von J. König. (Casopis lékaruo ceskych, 1921, Nr. 33.) Der Verf. empfiehlt das Jodival in Dosen von 0,3 bis 0,6 g pro die vor dem Schlafengehen durch 8—14 Tage gegen Pollutionen. Das Jod soll eine rasche Resorption des Samens (innere Sekretion) und eine stärkere Durchblutung des Gehirns bewirken. „Das Jodival wirkt beruhigend und stärkend auf das ganze Nervensystem." (Belege für die Richtigkeit seiner Behauptung bleibt der Verf., der seinerzeit auch Hydrastiswurzel und Kotarnin zur Behandlung der Pollutionen empfohlen hat, leider schuldig. Anm. d. Ref.) G. Mühlstein-Prag.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

In letzter Zeit hat die **Salvarsanhetze** in der Tagespresse wieder sehr zugenommen. Aber auch in den medizinischen Zeitschriften ist besonders mit Rücksicht auf die unzweifelhaft zeitweise häufiger gewordenen Schädigungen mehrfach geraten worden, den Gebrauch des Salvarsans mehr oder weniger einzuschränken. Bei der außerordentlich großen praktischen Bedeutung dieser Frage hat der Ausschuß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft ihren Mitgliedern eine Erklärung vorgelegt, welche, bei den naturgemäß noch bestehenden Differenzen im einzelnen, sehr allgemein gehalten sein mußte. Es war gefragt worden:

1. Ob prinzipielle Bedenken gegen eine solche „Abstimmung" vorliegen. Diese Frage haben 43 Mitglieder bejaht.
2. Sachliche Bedenken gegen die Erklärung hatten 15.
3. Mit der Erklärung einverstanden waren 487, d. h. 97%.

Die Erklärung lautet:

Wir sind der Überzeugung, daß die Salvarsanpräparate die wertvollsten Mittel im Kampf gegen die Syphilis als Einzel- wie als Volkskrankheit sind. Sie sind bei dem augenblicklichen Stand unseres Wissens in allen überhaupt beeinflußbaren Formen und Stadien der Syphilis mit wenigen Ausnahmen außerordentlich wirksam und durch die älteren antisyphilitischen Mittel wohl zu ergänzen, aber sehr oft nicht zu ersetzen. Wenn bei der Fabrikation, Prüfung und Verwendung der Salvarsanpräparate mit der unerläßlichen Sorgfalt vorgegangen wird, so sind die Gefahren bei der Salvarsanbehandlung nicht größer als bei jeder anderen energisch wirkenden Behandlungsmethode. Da diese Gefahren in letzter Zeit in unseres Erachtens übertriebener Weise dargestellt worden sind, halten wir uns für verpflichtet zu erklären, daß die mit Vorsicht und Sachkunde angewendete Salvarsanbehandlung ohne großen Schaden für die Volksgesundheit nicht eingeschränkt werden kann.

Habilitiert: Dr. F. Walther Oelze, Assistent der dermatologischen Klinik in Leipzig. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Ruhn, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

17. Juni 1922 | Nr. 24 | Band 74

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten der Graf-Albert-Apponyi-Poliklinik in Budapest (Vorstand: Prof. Dr. Ludwig Török).

Soormykose der Haut.

Von

Dr. Edmund Rajka.

Der Soor ist vorzüglich eine Krankheit der Mundschleimhaut, er kommt hauptsächlich bei Säuglingen und Kindern vor. Der Erreger, das Oidium albicans (Saccharomyces candidans, Monilia candida), bildet einen Übergang zwischen den Hypho- und Blastomyzeten; der Pilz ist sehr banal, kommt auf der Haut, in der Hauptnahrung der Säuglinge: in der Milch usw., sehr oft vor. Aus der letzteren gelangt er in den Mund, Darmkanal und in die Fäzes. Er ist auf den unreinen Gummimundstücken der Saugflaschen häufig zu finden. Der Pilz wächst besonders an solchen Stellen, wo die Schleimhaut durch mehrschichtiges Plattenepithel bedeckt ist (deshalb pflanzt er sich vom Mund nur bis zu den Stimmbändern, Choanen und zur Kardia fort), ausnahmsweise aber kann er sich auf die Trachea und den Magen verbreiten; in die Blutbahn gedrungen kann er sogar Embolien verursachen.

Über die Hautlokalisation des Soor steilten im Jahre 1911 die ersten Beobachtungen Beck und von ihm unabhängig Ibrahim mit. Beck beobachtete, daß außer dem Erythema gluteale (Dermitis infantilis simplex) der an Verdauungsstörungen leidenden Säuglinge, noch (bei sonst ganz gesunden Säuglingen) ein anderes, hauptsächlich schuppendes Erythem vorkommt. Solche erythemato-squamöse Veränderungen hat schon Jacquet beschrieben.

Die Veränderung der Haut begann in den Fällen von Beck mit einem kleinen, hyperämischen Fleck, der bald schuppt und sich vergrößert. Die Schuppung ist vorerst zentral, dann erscheint sie auch an den Rändern und umfaßt als „Colerette" das entzündliche, hyperämische Zentrum. Die Herde können zusammenfließen und landkartenartig, girlandenförmig geränderte Zeichnungen bilden. Beck gelang es, in den Schuppen Pilze nachzuweisen, die teilweise aus Fäden, teilweise aus blastomyzesartigen Gebilden bestehen. Nach Züchtung des Pilzes reihte ihn Beck auf Grund der Kultur sowie des mikroskopischen Bildes in die Klasse der Oidien ein. Den Prozeß bezeichnet er mit dem Namen: Erythema mycoticum infantile; die Berechtigung der Aufstellung dieser Krankheitsentität gab auch Leiner zu.

Ibrahim teilt mehrere Fälle mit, die, im Gegensatz zu den ersten trocken schuppenden Fällen von Beck, Bläschen aufwiesen. In den Bläschen konnte er fast ständig Oidien nachweisen. Im allgemeinen sind

Digitized by Google

die Bläschen zweierlei Art: eitrige Bläschen mit runden oder ovalen Soorkonidien, und Hornbläschen mit dichter, hirsebreiartiger Masse, die hauptsächlich aus Hornzellen und reichlichen, ungegliederten Fäden besteht. Es kommen außerdem auch gemischte Bläschen vor. Auf Grund dieser Beobachtungen konnte sowohl Ibrahim als auch, auf Grund seiner späteren Beobachtungen, Beck konstatieren, daß das Oidium als ein auf der Oberfläche wuchernder Pilz, zwischen den Hornzellen eher in Fäden wächst, zwischen den Eiterzellen dagegen mehr die Konidiumform annimmt. Neben den Fäden kann man natürlich immer auch Konidiengruppen finden.

In einem Teil der Bläschen wuchsen neben den Pilzen auch Bakterien; es entstand also die Frage, ob die Bakterien bei der Entstehung der Krankheit eine Rolle spielen. Beck impfte wiederholt die eigene Haut mit reinen Oidienkulturen, aber immer ohne Erfolg. Mit Rücksicht darauf, daß Bläschen vorkommen, in denen nur der Soorpilz wächst, und in den eitrigen Bläschen ausdrücklich auch intrazelluläre Konidien zu finden sind, konnte doch angenommen werden, daß auch die eitrigen Bläschen durch den Soorpilz verursacht werden.

Zwischen der trockenen Form von Beck und dem bläschenförmigen Typus von Ibrahim ist keine scharfe Grenze vorhanden. Bei den meisten trockenen Formen findet man auch vereinzelte, zerstreute Bläschen, und umgekehrt können nach Eintrocknung und Abwetzen der Bläschen Herde und Epithelkragen entstehen. Neben dem Hautsoor waren auch im Munde durch Soor verursachte Veränderungen vorhanden, aber nicht in jedem Falle.

Die Infektion geschieht wahrscheinlich folgendermaßen: Der Stuhl mazeriert die Gesäßgegend, auf der mazerierten Haut haftet der Pilz und verbreitet sich langsam auf die Hüften, die Inguinalbeugen usw. Diese Annahme stützt sich darauf, daß der Prozeß meistens an der Gesäßgegend anfängt, besonders, wie in den bläschenförmigen Fällen von Ibrahim, bei an Verdauungsstörungen leidenden Säulingen. Übrigens kann der Soor auch auf der gesunden Säuglingshaut entstehen, und zwar eher die trockene Form; bei Säuglingen dagegen, die an Magen-Darmstörungen oder an konstitutionellen Krankheiten leiden und deren Haut infolgedessen eine gewisse Sensibilität aufweist, kommt gewöhnlich der bläschenförmige Typus vor.

Neuerdings teilten Hohlfeld und Kaufmann-Wolff mehrere Fälle mit; letzterem gelang es auch in zahlreichen, interdigitalen Mykosen den Soorpilz nachzuweisen.

Der weiter unten mitgeteilte Hautsoorfall verdient wegen seiner großen Ausdehnung unsere Aufmerksamkeit.

Fr. E., 1 Monat alt. Seit 14 Tagen krank, der Prozeß begann in der linken Achselgrube und verbreitete sich von dort auf den ganzen Körper. Pat. normal entwickelt und ernährt, keine Magen-Darmstörungen. Im Mund keine Veränderungen.

Status praesens: 28. III. 1922. Auf dem Halse, in beiden Achselgruben und Leistengegenden, auf beide Glutäal- und Analgegenden übergreifend, hyperämische, scharf begrenzte, leicht nässende Veränderungen, welche diese Hautstellen in diffuser Weise einnehmen. Ihr Hornsaum ist abgehoben und umgibt als „Colerette“ die Herde. Stellenweise ist die Veränderung durch weiße Auflagerungen, den Resten der abgehobenen Hornschicht, bedeckt. Auf der Brust, dem Bauch, Rücken und den Extremitäten sind zahlreiche, stecknadelkopf-linsen-hellergroße, scharf begrenzte, leicht hyperämische Herde vorhanden, von denen die kleineren winzige Schuppen tragen, die größeren an ihren

Digitized by Google

Rändern von weißen Schuppenkragen umgeben sind. Durch Verschmelzen dieser Herde entstanden landkartenartige Zeichnungen. Der Säugling kratzt sich.

Bei der Untersuchung des Epithelsaumes und des hirsebreiartigen Belages nach Erhitzen in Kalilauge, fanden wir neben Hornzellen doppelt kontruierte Myzelfäden und Sporenmassen. Die Sporen bilden teilweise selbständige Gruppen, teilweise sind sie entlang der Fäden gelagert. An den Fäden sind körnige Zeichnungen und abgetrennte, ovale Konidien sichtbar. Auf Maltoseagar wuchsen typische, grauweiße, teilweise in den Nährboden hineinwachsende, teilweise hervorragende trockene, runzlige, etwas wollig aussehende Kolonien. Sowohl das mikroskopische Bild als auch die Kultur ist für den Soorpilz charakteristisch.

Der Fall gehört zu der von BECK zuerst beschriebenen selteneren Form der Soormykose, welche auf der Haut sonst gesunder Säuglinge in der Gestalt trockener Herde auftritt. An den Extremitäten waren zwar einige Follikulitiden vorhanden, in denen aber der Pilz nicht nachgewiesen werden konnte, so daß man sie als sekundäre Infektion betrachten kann. Der Prozeß begann in der 2. Woche nach der Geburt (das Erythema mycoticum kommt nach BECK in der 3.—8. Woche am häufigsten vor) und ist von einer ungewöhnlichen Größe; mit Ausnahme der Kopf- und Gesichtshaut war er fast auf der ganzen Hautoberfläche verbreitet.

Der Ausgangspunkt der Infektion war — nach Aussage der Mutter — die Haut der Achselgrube.

Der mitgeteilte Fall beweist zweifelsohne, daß sich der Soorpilz primär auf der Haut der Säuglinge ansiedeln und sehr umfangreiche Veränderungen verursachen kann.

Zu seiner Ansiedlung sind weder Verdauungs- noch konstitutionelle Störungen nötig. Wie es scheint, genügt eine leichte intertriginöse Mazeration der Oberhaut zur Ansiedlung des Pilzes; auch ist es nicht unmöglich, daß, im Falle einer stärkeren Virulenz, der Pilz auch die vollkommen gesunde Haut anzugreifen imstande ist.

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik in Brünn (Vorstand: Prof. ANT. TRÝB).

Lichen ruber pemphigoides.

Von

Prof. Dr. A. TRÝB.

Mit 3 Abbildungen im Text.

Der an die grundlegende Arbeit von KAPOSI gestützte klinische Begriff des Lichen ruber pemphigoides wurde eigentlich (streng im Sinne KAPOSIS genommen) nur durch ganz vereinzelte Berichte (FINGER, BETTMANN u. a.) ausgebaut. Denn in den meisten übrigen Fällen könnte es sich um mehr oder weniger konkomitierendes Blasenauftreten im Verlaufe oder im Anschluß an die Eruption des Lichen handeln. Einzelne Autoren geben sogar selbst zu, daß es sich um Arzneiexanthem handeln kann.

Die Histopathologie des Lichen ruber planus zeigt uns ziemlich deutlich, daß es bei einem jeden Planusfall zur Blasenbildung kommen kann, wenn aus irgend einem Grunde die Exsudationskomponente den übrigen

Digitized by Google

Vorgängen weit überlegen ist. Von diesem anatomischen Standpunkte mußte sich allerdings die Blasenbildung mit dem Höhepunkt des Prozesses decken. Eine solche im Sinne H. v. Hebra wäre nur so zu erklären, daß es sich schon früher um tiefer liegende Bläschen handelte, welche durch verdickte epitheliale Masse verdeckt waren, nach deren Rückbildung sie erst zum Vorschein gekommen sind.

Ausführliche Arbeiten von Riecke, Bettmann, Jadassohn, Tamm u. a. machen eine Besprechung der Literatur überflüssig. Die Seltenheit der Erkrankung zwingt uns, von Fall zu Fall ihr Wesen zu verfolgen.

In unsere klinische Behandlung wurde am 1. Januar l. J. Frau P. K. aufgenommen mit einem typischen Lichen ruber planus, welcher bereits etwas über zwei Monate besteht und über die Haut des Stammes, der Oberarme und Oberschenkel dicht verbreitet ist. Das Jucken ist intensiv,

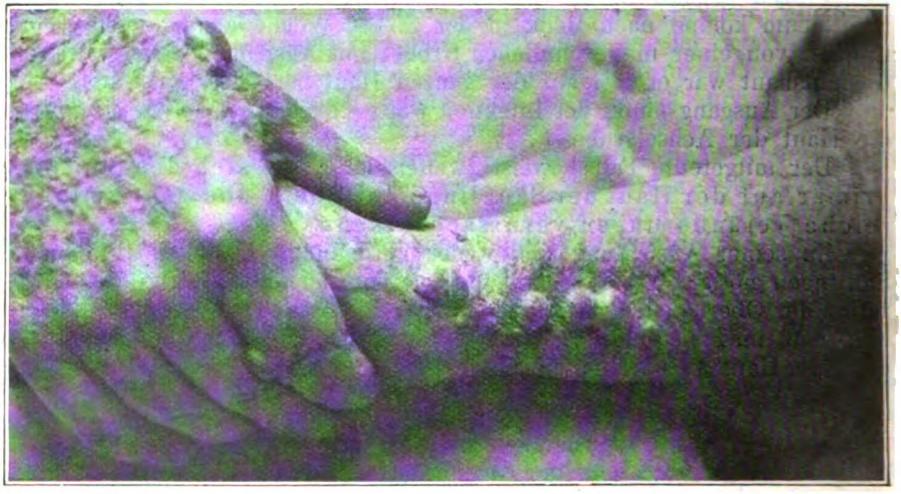


Abb. 1.

jedoch das Allgemeinbefinden der starken, kräftigen, sonst ganz gesunden 46jähr. Frau ist ganz gut. Sie wurde mit verschiedenen üblichen Salben (auch Wilkinsonsche und Unnasche Lichensalbe) bereits behandelt, jedoch ohne Erfolg. Im Laufe des Monats Dezember wurden ihr 12 Injektionen von Solarson eingespritzt.

Da das ganze Bild der Erkrankung eine mächtige Reizung aufwies, wurde bei uns eine rein beruhigende Therapie eingeleitet. Den Juckreiz versuchten wir durch lauwarme Bäder und Naphthol-Schüttelmixtur zu beseitigen, intern wurden Jodkalium und leichte Schlafmittel ordiniert. Nachdem auch die Schüttelmixtur schlecht vertragen wurde und indifferenter Puder ebenfalls ein lästiges Trockengefühl bereitete, beschränkten wir uns nur auf Bäder und indifferente Pasten, was der Pat. am angenehmsten war.

Der Krankheitsprozeß verbreitete sich jedoch weiter, so daß sich die Lichenknötchen dicht über die Haut der Vorderarme aussäten und auf

Digitized by Google

den Unterschenkeln einzelne Gruppen auftauchten. In der Gegend des Sprunggelenks, besonders am Dorsum zeigten sich erythematöse Flecke, welche stark juckten und an denen sich hier und da einzelne Lichenknötchen entwickelten.

Am 12. I. bildeten sich an der Ulnarseite unweit vom Handgelenk der rechten Hand einzelne hanfkorngroße Bläschen, inmitten der von konfluierenden Knötchen bedeckten Haut. Klinisch war es sehr schwer zu beurteilen, ob es sich um eine direkte Umwandlung handle — das Gegenteil war aber schwer anzunehmen, da in diesen Partien von einer normalen Haut kaum die Rede sein konnte. Die Bläschendecke war jedoch ganz glatt und man konnte keine Spur irgend einer Epithelverdickung oder sonstiger Veränderung konstatieren (Abb. 1 u. 2).

Der Ausbreitungsprozeß hatte zur Zeit der Erscheinung der Bläschen fast seinen Gipfel erreicht. Das Jucken war heftiger als früher, die

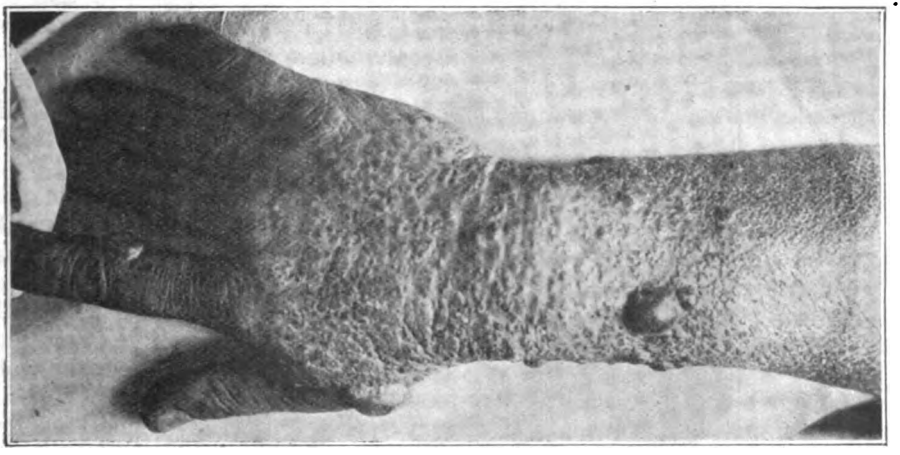


Abb. 2.

Pat. war absolut ohne Appetit, stark erregt und die Körpertemperatur leicht gesteigert. Zwei Tage später verschlimmerte sich der Zustand wesentlich, die Temperatur stieg bis 39° und die Blaseneruption verbreitete sich nicht nur an beiden Vorderarmen, sondern zeigte sich auch an den unteren Extremitäten in der dorsalen Gegend der Sprunggelenke. Hier entwickelten sich die Blasen deutlich an den erwähnten erythematösen Flächen.

Eine Woche nach dem Beginn der Blasenbildung zeigte sich folgendes Bild: An den dorsalen Partien der beiden Sprunggelenke bestehen einige bis taubeneigroße pralle Blasen, welche bernsteingelb durchschimmern und hier und da zusammenfließen. Beide Füße sind ziemlich stark geschwollen. Vereinzelte Blasen verschiedener Größe und Alters sind zerstreut über die Haut der Unterschenkel, der Vorderarme und der Finger. Einige Blasen sitzen an der Innenseite des linken Oberschenkels auf (Abb. 3).

Digitized by Google

Der Stamm, wo sich die Lichenaussaat zu einer vollständig konfluierten Erythrodermie ausgebildet hatte, wies keine Bläschen auf. Der Krankheitsprozeß hatte anscheinend seinen Höhepunkt erreicht, es zeigten sich einzelne Knötchen an der Stirne und den Wangen und eine zarte, weiße Fadenzeichnung am rechten Zungenrand. Genitalien frei. In den Achselhöhlen, unter den stark ausgebildeten Hängebrüsten und zirkumgenital sind mächtige Pigmentation und deutliche Akanthose. Das Allgemeinbefinden stark beeinträchtigt, die Pat. absolut appetitlos, schwach, Fieber zwischen 38—39,4°, schläft kaum einige Stunden. Interner Be-

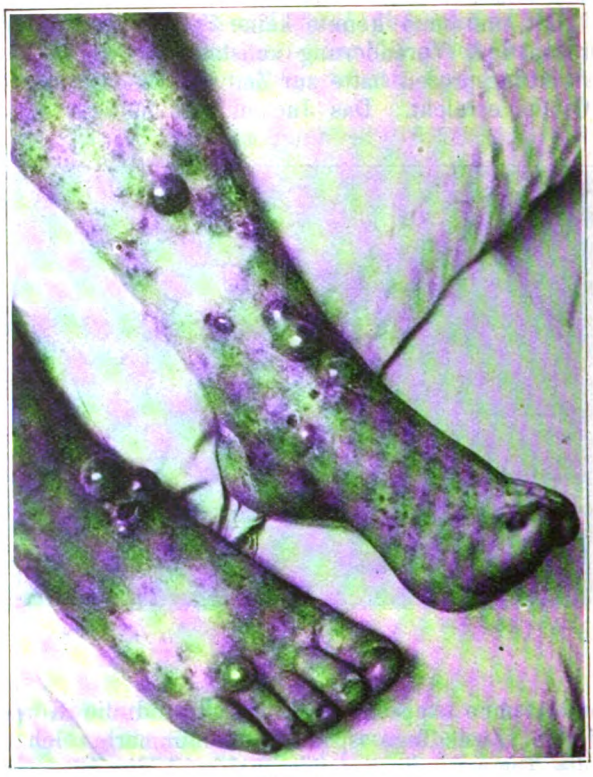


Abb. 3.

fund sonst normal, Urin ohne pathologische Bestandteile. Blutbefund (Dr. Zeman):

	rote Blutkörperchen . . .	4400000
	weiße Blutkörperchen . . .	15600
	Hb	90
Weiße Blutkörperchen:	Neutroph. polym. . .	52 %
	Eosinophile	8,7%
	Mastzellen	1 %
	Lymphozyten	26,6%
	Monozyten	10,3%
	Metamyelozyten . . .	1,4%

Digitized by Google

Die erhöhte Eosinophilie, Monozytose und die Anwesenheit der Metamyelozyten stimmen mit den Ausstrichen der Blaseninhalte vollständig.

Die größeren Blasen wurden geöffnet und zeigten eine stark klebrige, in den größeren Blasen geronnene klare Flüssigkeit, welche einen hohen Prozentsatz von Eosinophilen aufwies.

Unter Borsalbeumschlägen heilten die breit geöffneten Blasen ziemlich rasch. Einzelne, welche nur punktiert waren, füllten sich nach Verklebung der Öffnung rasch wieder. An einer Stelle veränderte sich die Basis einer abgeheilten Blase deutlich verrukös. Depigmentierungen konnten wir nicht beobachten. Diejenigen Blasen, welche man nicht öffnete, wurden schlaff und trockneten schließlich ein. Kleine Bläschen bildeten sich nach einigen Tagen spurlos zurück (besonders an den oberen Extremitäten).

Der Zeitraum der Aussaat der Blasen war nicht länger als 14 Tage, so daß 3 Wochen nach der ersten Blaseneruption der Prozeß fast vollständig abgeklungen war. Hand in Hand mit der Regression der Blasen schmolz die Knötcheneruption des Lichen planus überraschend schnell ein mit Hinterlassung mächtiger Pigmentationen besonders am Stamme. Die Erscheinungen im Gesicht und an der Zunge verschwanden ebenfalls rasch.

Ich möchte noch bemerken, daß die Blaseneruption anschließend an die Menstruation begonnen hatte, und daß die Pat., welche noch einen Monat vollständig erscheinungslos war, als sie wieder Menses bekommen sollte, von heftigem Jucken am ganzen Körper befallen wurde, und es zeigten sich auch wieder einige Bläschen, die aber bald verschwanden. Die Menstruation zeigte ungewesene Unregelmäßigkeit, und wir vermuteten beginnendes Klimakterium, was durch die weitere Beobachtung der Pat. bestätigt wurde.

Wir haben im Krankheitsbilde zweierlei Blasen vor uns, deren zahlreiche Übergangsformen sie aber nur als verschieden stark ausgebildete Stadien deuten lassen. Einmal sehen wir eine kleine Blase, welche nicht wächst, spontan zurückgeht; ein anderes Mal wächst eine andere rasch, so daß sie binnen 24 Stunden Taubeneigröße erreichen kann. Dieser Umstand hängt jedenfalls von den lokalen anatomischen Verhältnissen ab — die großen Blasen bilden sich nur oberhalb des Sprunggelenks, die größten der Hände (höchstens bohnengroß) ebenfalls in der Nähe des Gelenkes. Je proximaler, desto kleiner sind die Blasen.

Sämtliche Blasen schmerzen stark besonders auf Berührung.

Zu der histologischen Untersuchung wurde eine zwei Tage bestehende Blase, welche in einer Knötchengruppe am linken Unterschenkel entstanden ist, exzidiert, in Formol fixiert und teils in Gefrierschnitte, teils in Zelloidinschnitte zerlegt.

Im Übersichtsbilde sehen wir einen Hohlraum zwischen der Epidermis und Papillaris. An einzelnen Schnitten besteht ein vertikales Septum inmitten der Blase, welches vom Reste eines Schweißdrüsenganges gebildet wird und wie eine Säule die Blasendecke stützt. Ein ähnlicher Strang ist am Rande der Blase zur Seite gedrückt, welche Umstände an und für sich schon an Stauung und Verdrängung gegenüber degenerativen Entstehungsursachen hinweisen.

Digitized by Google

Bei näherer Durchmusterung der Schnitte begegnen uns in der Epidermis eigentlich keine bedeutenden Veränderungen außer der stellenweisen Verbreitung der Körnerschicht und einer Akanthose. Degenerative Erscheinungen sind minimal, die interzellulären Räume zwar etwas erweitert, aber die Brücken sind meist erhalten. Hier und da kommen Teilungsfiguren vor, besonders in der Basalschicht. Die epitheliale Decke der Blase besteht aus sämtlichen Schichten der sehr gut erhaltenen, etwas zusammengepreßten Epidermis, die von der Oberfläche der Papillaris in toto abgehoben wurde.

Die Kutis zeichnet sich durch einen reichlichen Zellgehalt aus, die Gefäße sind ziemlich tief in der Kutis in Zellenmäntel gehüllt, so daß die bekannte scharfe Grenze des Licheninfiltrates gegenüber dem Bindegewebe etwas verwischt erscheint. Auch sonst ist die Papillaris und Subpapillaris mehr diffus infiltriert, als es bei normaler Knötchenform vorkommt, was übrigens durch die Verschmelzung einzelner Knötchen an erythematöser Basis leicht zu erklären wäre. Das Zellmaterial besteht meist aus schmalen, stark. tingierten, bizarr gezogenen und gekrümmten Kernen, welche auch an einigen Stellen mehr oder weniger in die Epidermis eindringen, besonders in die nicht abgehobene, weniger in die Blasendecke. Plasmazellen fehlen absolut.

Die elastischen Fasern zeigen zwar keine pathologischen Veränderungen, sie verlieren jedoch in der nächsten Nähe des Infiltrates ihre Tingibilität und schwinden in den entzündlich veränderten Stellen vollständig, so daß wir in der Papillaris und in der Umgebung der Blasenbasis keine nachweisen konnten, obzwar wir uns darum abermals durch spezielle Färbemethoden bemüht haben. Eine Basophilie zeigen sie nirgends.

Ein sehr interessantes Bild zeigt die Grenze zwischen Papillaris und Basalschicht in der Nähe der Blase, und an einigen Schnitten auch an einer anderen Stelle, wo es ebenfalls zu einer mikroskopischen Blasenbildung gekommen ist. Die Basalzellen sind etwas gelockert und vertikal in die Länge gezogen. Man sieht deutlich, wie ihre fadenähnlichen Fortsätze mit den ebenfalls ausgezogenen Bindegewebsfasern zusammengeflochten sind und wie dieses Netz auseinandergezogen wird, so daß kleine Lücken zwischen der Basalschicht und der Papillaris entstehen. Die wabige Verbindung wird so allmählich gelöst, wobei es zur Zerreißung einzelner Zellfortsätze kommt. Diese traumatische Reizung wird noch später erwähnt werden.

Wollten wir dieses Bild durch das primäre Eindringen der serösen Flüssigkeit zwischen die beiden Schichten erklären, könnten wir nicht gut die ausgesprochen „ausgezogene" vertikal gestreckte Form der Basalzellen begreifen, die Zellen müßten im Gegenteil durch die drängende Flüssigkeit mehr in horizontale Lage gepreßt werden. Die Erklärung Unnas erscheint mir die natürlichste: Die Papillarschicht wird ödematös durchdrungen und dadurch werden die Papillen rasch abgeplattet. Die Epidermis, besonders wo sie durch starke Verdickung der Körnerschicht beeinträchtigt wird, kann sich nicht der Kutis so rasch anpressen, wodurch eben unsere Bilder der Ziehung entstehen.

Ist es an einer Stelle zu der eben beschriebenen mikroskopisch-traumatischen Trennung gekommen, so wird natürlich der Hohlraum mit der

Digitized by Google

serösen Flüssigkeit gefüllt und bald darauf werden zahlreiche Leukozyten — höchstwahrscheinlich genügt der traumatische Reiz — angelockt. Dieser Vorgang ist ganz analog einer aseptischen traumatischen Entzündung oder einer Leukozytenanlockung durch Injizieren von rein mechanisch reizenden Stoffen, wie z. B. Tusche usw. Schließlich können ja die chemischen Umwandlungsprodukte der traumatisch veränderten Zellteile als Reizstoffe angesehen werden. Wird einmal die Einwanderung der zelligen und flüssigen Elemente provoziert, so kommt es dann sekundär durch mechanische Verdrängung zur Vergrößerung der Lücke bis zu einer Blase. Ödematöse, akut entzündliche Prozesse disponieren zu solchen Vorgängen immer. Wahrscheinlich sind die anatomischen Verhältnisse einzelner Hautregionen dazu besonders geeignet. Äußere mechanische oder chemische Einflüsse können ebenfalls eine Rolle spielen.

In unserem Falle enthalten die Blasen eine große Zahl von eosinophilen Zellen. In den Schnitten sind diese besonders in der Blasenbasis und knapp unter der abgehobenen Epidermis massenhaft vorhanden. Auch in der nächsten Umgebung ist das Gewebe mit ihnen stark durchdrungen; an anderen Stellen, überall wo sich die Epidermis von der Kutis ablöst, drängen sie von den Gefäßen der Subpapillaris den verletzten Stellen zu.

Durch die Weigertsche Methode kann man äußerst feine Fibrinnetze besonders am Blasengrund und um den zentral gelegenen Schweißgangbalken konstatieren; mit Rücksicht auf die klinisch bekannten Eigenschaften des Blaseninhaltes ist die sich färbende Fibrinmenge eigentlich eine sehr geringe. An anderen Stellen der Präparate außerhalb der Blase zeigt diese Methode kein Fibrin. Das bedeutet allerdings nicht, daß ein solches hier nicht sein könnte. Außer dem Fibrin färben sich zahlreiche eosinophile Granula tief schwarz; ich habe den Eindruck gewonnen, daß es bei weitem nicht alle sind, kaum die Hälfte nach dem, was uns die eosingefärbten Bilder zeigen.

Es ist auffallend, wie verhältnismäßig wenige Mastzellen in den Bildern vorkommen. In der Blase fast überhaupt keine. Ebenso sind die degenerativen Vorgänge sowohl in der Epidermis, als auch in der Papillaris minimal.

Nach dem, was wir bei unserem Falle beobachten konnten, glauben wir berechtigt zu sein, ihn als einen Lichen ruber pemphigoides ansprechen zu können. Von den Kaposischen Bedingungen fehlt allerdings eine: die Hinterlassung von Depigmentationen an Stellen, wo die Blasen saßen. Dazu möchte ich folgendes bemerken. Ich habe mich bis jetzt regelmäßig überzeugen können, daß sämtliche Prozesse der Haut, welche jucken und welche nach ihrer Abheilung Pigmentationen hinterlassen, immer eine starke lokale Eosinophilie aufweisen. Vielleicht können wir auch umgekehrt sagen, daß Prozesse, welche jucken und eine starke lokale Eosinophilie aufweisen, Pigmentanhäufungen hinterlassen. Sollte es so sein, dann hätten wir die Erklärung, warum in unserem Falle nicht Depigmentationen, sondern Pigmentflecke zurückbleiben.

Die Ursache der Blasenbildung ist jedenfalls nicht nur lokal, sondern allgemein. Es handelt sich anders gesagt um stürmisch verlaufende, das

Digitized by Google

Allgemeinbefinden stark beeinflussende Fälle, bei denen es an einzelnen Stellen durch den stark gesteigerten Entzündungsprozeß zur Blasenbildung kommt. Es gibt jedenfalls Fälle, die auch unter einem schweren Bilde akuter Allgemeinerscheinungen verlaufen — ohne Blasenbildung. Wir möchten daher bei Lichen pemphigoides eher von einer Komplikation als von einem eigenen Krankheitsbilde sprechen, wie es eben Kaposi gemeint hat.

Lokal prädisponiert sind die Hände, Füße, Vorderarme und Unterschenkel — wahrscheinlich aus anatomischen Gründen. Wenn nur lokale Reize das auslösende Moment sein sollten, müßte die Glutäalgegend und der Rücken bei liegenden Pat. die nächsten sein, und die bleiben trotz stark entzündlichen Veränderungen ohne Blasen.

Das Arsen könnte schließlich ganz gut als ein Mittel, welches sich eben durch Steigerung des Entzündungsprozesses äußert (Jadassohn), eine bedeutende Rolle spielen. In unserem Falle wird es kaum eintreffen, da das Solarson ein ziemlich schwaches Präparat ist und die zwölf Injektionen während eines Monats nicht gut eine solche Wirkung äußern konnten. Daß es sich um keine Idiosynkrasie gegen As handle, überzeugten wir uns dadurch, daß wir der Pat. bei der Entlassung eine starke Arsenkur verordneten, bei welcher sie bis auf 105 Tropfen täglich gestiegen ist (Sol. Fowleri und Tinct. amar. āā), ohne — außer leichten Verdauungsstörungen — irgend welche Zeichen der Idiosynkrasie zu zeigen.

Aus der in wichtigsten Punkten reproduzierten Krankengeschichte ergibt sich deutlich, daß die plötzlich eingetretene Besserung spontan war — bei einer fast indifferenten Linderungstherapie. Erst später, nachdem sämtliche Erscheinungen nahe dem Verschwinden waren, wurde die Kranke mit Röntgenstrahlen behandelt. Weder die kleinen Dosen von Arsen, noch das Jodkali konnten einen so rapid eintretenden Rückgang verursachen. Dieser Umstand ist für die pemphigoide Form des Lichen bezeichnend, und ich glaube, daß die massenhafte lokale Leukozytose hier eine ganz hervorragende Rolle spielt.

Wieweit oder ob überhaupt das Krankheitsbild mit dem eben eintretenden Klimakterium in Zusammenhang steht, wollen wir nicht entscheiden.

Aus der Univ.-Hautklinik in Gießen (Direktor: Prof. Dr. Jesionek).

Behandlung der Skabies mit Ameisensäuredämpfen.

Von

Dr. Stephan Rothman.

Die an der Gießener Hautklinik vor anderthalb Jahren begonnenen Versuche, die Skabies mit Ameisensäuredämpfen zu behandeln, nahmen ihren Ausgangspunkt von Veröffentlichungen und persönlichen Mitteilungen Prof. Dr. v. Kapffs (Aachen)[1]). Nach seinen Erfahrungen entfalten die

[1]) Die Umschau, 1920, Nr. 3.

Digitized by Google

Säuredämpfe auch in unschädlichen Konzentrationen eine erhebliche desinfizierende Wirkung, so daß diese prophylaktisch und therapeutisch ausgenützt werden könnte. Insbesondere könnten Infektionen der Luftwege durch Inhalation der Säuredämpfe erfolgreich verhütet oder bekämpft werden. Für den praktischen Gebrauch ist die Ameisensäure den Mineralsäuren vorzuziehen, weil sie in ihrer höchstkonzentrierten (85—98 %igen) wäßrigen Lösung bei Zimmertemperatur eine zur Wirksamkeit genügende Dampftension besitzt, und in den nötigen Dampfkonzentrationen für Haut und Schleimhäute sich indifferenter erweist als die Mineralsäuren.

Während es in der Veterinärmedizin gelungen ist, brauchbare Methoden zur Gasbehandlung der Räude auszuarbeiten, scheiterten diese Versuche beim Menschen an dem Umstand, daß nur giftige Gase (Schwefeldioxyd, Chlor) zur Verwendung kamen, deren Resorption durch die Haut Vergiftungen befürchten ließ. Doch wurden diese Versuche mit den verschiedensten gasförmigen Stoffen immer wieder neu aufgenommen, denn es war zu erhoffen, daß die Behandlung mit Gasen sich einfacher, bequemer und kürzer gestalten würde, als die Einreibungsmethoden [1]). Erst in jüngster Zeit hat LOMHOLT über Versuche mit Schwefelwasserstoff, mit Toluol- und Chloroformdämpfen berichtet [2]).

Das Bedürfnis, die Skabiesbehandlung möglichst einfach zu gestalten, entstammt vornehmlich wirtschaftlichen Gründen. Nach dem Kriege sind an Stelle der nichterhältlichen alten Antiskabiosa eine ganze Reihe neuerer synthetischer Ersatzmittel getreten, von denen sich manche — insbesondere das Mitigal — gut bewährt haben, so daß von rein ärztlichem Standpunkte aus ein unmittelbares Bedürfnis nach einer grundsätzlichen Neuerung nicht bestehen brauchte. Doch sind die Kosten einer Einreibungskur im Krankenhaus unter Mitberechnung der Verpflegung, der Wäsche und des Bades derart hoch, daß die meisten Patienten sie unmöglich bezahlen können und daß auch Krankenkassen die Kostenübernahme des öfteren verweigern. Mit der wirtschaftlichen Not geht aber auch eine stärkere Verbreitung der Skabies Hand in Hand, so daß eine erfolgreiche Bekämpfung dieser Seuche allmählich unmöglich zu werden erscheint. — Zur Gasbehandlung würden dagegen minimale Mengen der gasbildenden Substanz genügen, und es könnte in vielen Fällen das rohe, ungereinigte Material verwendet werden. Der größte Vorteil würde sich aber dann ergeben, wenn es gelänge, wie es in der Veterinärmedizin tatsächlich gelungen ist, die Kur in einer Sitzung durchzuführen. Damit würde sich eine stationäre Behandlung, die für eine Einreibungskur meistens erforderlich ist, erübrigen, und die Kosten für Spitalwäsche und Verpflegung würden wegfallen.

Das Ameisensäuregas schien wegen seiner relativ großen Ungiftigkeit zur Erprobung seiner antiskabiösen Wirksamkeit sehr geeignet. Bekanntlich sind stärkere Säuredampfkonzentrationen für jedes Protoplasma giftig; es mußte nun geprüft werden, ob die Dämpfe bei Körpertemperatur in genügender Konzentration durch die Hornschicht durch-

[1]) Literaturangaben siehe bei BRIEGER: Die Naturwissenschaften, Jahrg. 6 (1918), H. 50, S. 739, und in der Monographie von NÖLLER: Behandlung der Pferderäude mit Schwefeldioxyd. Verlag Rich. Schötz, Berlin 1919. — [2]) Forh. v. nordisk. dermatol. forening's, Kopenhagen 1921, S. 70.

Digitized by Google

dringen, um Milben und Eier abtöten zu können, und ob die nötige Konzentration ohne Reizungen oder sonstigen Schäden vertragen wird. Diese Fragen konnten nur im klinischen Experiment beantwortet werden, während Vorversuche mit isolierten Milben überflüssig erschienen.

Als Vergasungsraum wurde nach vielfachen Versuchen ein Holzkasten gewählt. Zinkblech und Eisenblech schließen zwar dichter, werden aber von der Säure sehr bald angegriffen. Die Fasern des Holzkastens quellen während des Gebrauchs in der Feuchtigkeit auf, und die Wände erhalten dadurch eine praktisch genügende Dichtigkeit. Zur Abdampfung wurde zunächst die Ameisensäure in Schalen mit großer Oberfläche im Kasten aufgestellt; dann wurde eine Vorrichtung ausprobiert, bei der die Ameisensäure an grobhöckerigen Glasplatten abrieselte. Am praktischsten erwies sich jedoch ein von Prof. Dr. v. Kapff empfohlenes Verfahren: Tücher, die an einer Holzstange befestigt waren, wurden mit der Säure getränkt und an drei Seitenwänden von oben durch verschließbare Öffnungen des Deckels in den Kasten eingehängt. Um die Tücher herum waren Holzgitter angebracht, so daß der Patient vor der Berührung mit der flüßigen Säure geschützt war.[1])

Im Kasten konnte ein erwachsener Mensch bequem sitzen. Die Tür war nach außen zu öffnen, der Deckel nach oben aufklappbar. Am Deckel war eine kreisförmige Öffnung angebracht, in der eine Halskrause aus Gummi befestigt wurde. Der Patient trat in den geöffneten Kasten ein, schlüpfte durch die Halskrause mit seinem Kopfe durch, während der Deckel nach unten wieder geschlossen wurde. Der Patient saß auf einem runden Strohstuhl ohne Lehne. Nachdem Tür und Deckel geschlossen waren und die Halskrause hoch, nahe zum Kinn, abgedichtet war, wurden die drei Tücher mit je 50 ccm der Säure getränkt und in den Kasten eingehängt.

Die Temperatur betrug durchschnittlich 22°C. Um eine übermäßige Kondensation der Dämpfe an der Körperoberfläche zu vermeiden und vor allem um eine gleichmäßigere Verteilung des Gases im Kasten zu erzielen, haben wir während der Behandlung das Gemisch von Luft und Säuredampf mit einer Wasserstrahlpumpe abgesogen. Da die Ameisensäuredämpfe ein größeres spezifisches Gewicht haben als die Luft und ohne künstlichen Luftstrom rasch zu Boden sinken, war der Luftstrom von unten nach oben gerichtet.

Vor der Beendigung der Behandlung wurden die Tücher entfernt, die Luft wurde kräftig abgesogen und eine am Boden angebrachte Schiebevorrichtung geöffnet, so daß der Patient auch beim Herausschlüpfen aus dem Kasten nichts oder kaum einen unangenehmen Geruch verspürte. Wenn mehrere Patienten am Tage zur Behandlung kamen, wurden Kasten und Zimmer jedesmal frisch gelüftet. Die Tücher wurden hängend in einem verschlossenen Kasten aufbewahrt und täglich nur einmal frisch durchdränkt.

Die Bestimmung der Säuredampfkonzentration im Kasten geschah folgendermaßen: Durch Absaugen aus verschiedenen Höhenlagen wurden

[1]) Der Kasten wurde von der Firma Schmittgall u. Co. (Gießen) gebaut und der Klinik überlassen.

Digitized by Google

Säuregas und Luft möglichst gleichmäßig verteilt. Die aus dem Kasten ausströmende säurehaltige Luft wurde durch ein Absorptionsgefäß und eine Gasuhr geleitet. Das Absorptionsgefäß enthielt 10 ccm einer n/10 Natronlaugelösung und einige Tropfen Phenolphtalein. Beim Umschlag des Indikators wurde der Stand der Gasuhr abgelesen und aus dem auf 0° reduzierten Volumen der durchgeleiteten Luft und dem Volumen der zur Neutralisation nötigen Säure die Volumkonzentration berechnet.

Diese Bestimmungen ergaben, daß die günstigsten Säurekonzentrationen etwa zwischen 0,05 und 0,15 Vol.-Proz. gelegen sind. Schwächere Konzentrationen sind unwirksam, höhere verursachen, besonders an exkoriierten Hautstellen, sehr unangenehmes Brennen und nachfolgende Rötung und Schwellung. Zur Hervorbringung dieser Konzentrationen in unserem Kasten hat sich dann nach längeren vergleichenden Versuchen die Durchtränkung der Tücher mit je 50 ccm der Säure als am besten geeignet erwiesen. Die Konzentration bleibt bei der beschriebenen Anordnung praktisch unverändert. Während der Sitzung ließ sich die Konzentration (allerdings nur sehr grob) noch beeinflußen durch Herausheben der einzelnen Tücher und durch Öffnen einer seitlichen und einer unteren Schiebervorrichtung.

Die Begasung hat im ganzen zweimal, Vormittag und Nachmittag je 30 Min. stattgefunden. In den seltenen Fällen, in denen das Jucken nach der zweiten Sitzung noch nicht ganz verschwunden war, haben wir abends noch eine dritte Begasung vorgenommen. Tagsüber hielt sich der Patient in einem zu diesem Zweck freigehaltenem Raume im Spitalskittel auf, so daß die sonst erforderliche Bettwäsche erspart werden konnte. Die Kleiderdesinfektion geschah zunächst in der üblichen Weise im Dampfsterilisator, um die Deutung der Versuche nicht zu erschweren. Die desinfizierten Kleider zog sich der Patient nach der zweiten bzw. dritten Begasung an. In der ersten Zeit hielten wir die Patienten zur Beobachtung einige Tage zurück. Als dies sich wegen den Verwaltungskosten schlecht durchführen ließ, bestellten wir sie nach einer Woche zur Nachuntersuchung wieder.

Anfangs ließen wir die Patienten vor und nach der Begasung ein Schmierseifenbad nehmen, später haben wir davon Abstand genommen und ein Bad nur dann verordnet, wenn es auch von der Skabies abgesehen, dringend erwünscht war. Denn es hat sich gezeigt, daß die Aufquellung der Hornschicht im Bad zwar ein viel intensiveres Eindringen der Säure ermöglicht, gegen Rezidive jedoch nicht besser schützt als die Vergasung bei ungequollener Haut. Offenbar wird die Säurewirkung durch das zurückgebliebene Alkali der Seife abgeschwächt.

Die Vergasung wurde von den meisten Patienten gut vertragen. Die zufällige Einatmung der Dämpfe verursachte nie irgend welche Störungen. In Fällen mit ausgebreiteten Exkoriationen war die Kur allerdings etwas schmerzhaft, die Patienten klagten manchmal über heftiges Brennen. Nach Abschwächung der Säurekonzentration ließ sich aber die Kur immer zu Ende führen. Reizzustände an der Haut wurden nur ausnahmsweise beobachtet und konnten rasch und leicht durch indifferente Puder bekämpft werden. Die empfindlichste Gegend war die Skrotalhaut, an der wir akute, nässende Dermatitiden auftreten sahen. Dieser Un-

Digitized by Google

annehmlichkeit konnten wir, wenn das Skrotum nicht affiziert war, durch vorheriges Aufstreichen einer dicken Schicht Vaseline vorbeugen.

In zwei Fällen beobachteten wir einen plötzlich einsetzenden kollapsartigen Zustand, der mit einer hochgradigen Abblassung der Haut einherging. In beiden Fällen erholten sich die Patienten an der frischen Luft nach einigen Minuten. Die Einatmung des Gases war in diesen Fällen mit Sicherheit ausgeschlossen; wir konnten uns überzeugen, daß der Kasten dicht abgeschlossen war, so daß keine wahrnehmbaren Gasmengen entweichen konnten. Hingegen war in beiden Fällen die Säurekonzentration ziemlich groß (über 0,2 Vol.-Proz.). Wahrscheinlich wurden diese Zwischenfälle durch einen peripheren vasomotorischen Reiz der höher konzentrierten Dämpfe ausgelöst. Diese Fälle mahnten uns zu großer Vorsicht. Später, als wir gelernt hatten, die Konzentration nicht übermäßig hoch zu wählen, sind derartige Zustände nicht mehr vorgekommen. Eine auffallende Blässe der Haut konnten wir aber nach der Säureeinwirkung noch öfter beobachten.

Gleich bei den ersten Versuchen fiel es auf, daß der Juckreiz überraschend prompt durch die Säurebehandlung aufgehoben wird. Meistens war schon unmittelbar nach der Begasung der Juckreiz gänzlich verschwunden, und nur ganz ausnahmsweise klagten einige Patienten bis zum nächsten Morgen über Jucken.

Die endgültigen Resultate dieser Behandlungsmethode fielen jedoch nicht so günstig aus, wie wir es nach der auffallend guten symptomatischen Wirkung auf den Juckreiz erwartet hatten. Insgesamt sind 83 erwachsene männliche Patienten behandelt worden. In auch nur einigermaßen zweifelhaften Fällen wurde die Diagnose durch den Nachweis der Milben gesichert. Von den 83 Patienten meldeten sich 15 mit Rezidiv wieder, und weitere 14 teilten auf eine briefliche Anfrage mit, daß sie ihr Jucken durch die Kur nicht endgültig losgeworden sind. Diesen 29 Patienten gegenüber stehen 14, die teils persönlich, teils brieflich über ihre dauernde Ausheilung berichteten. Die übrigen 31 Patienten konnten wir zwecks Nachuntersuchung nicht wieder auffinden, da sie keinen ständigen Wohnsitz hatten.

Die Rezidive können nach ihrem zeitlichen Auftreten in zwei Gruppen geteilt werden. In 15 Fällen begann das Jucken am nächsten oder zweitnächsten Tage nach der Behandlung wieder; in 14 Fällen trat es erst in der zweiten bis vierten Woche wieder auf. In der ersten Gruppe ist offenbar keine restlose Abtötung der Milben erfolgt, in der zweiten sind nur die resistenten Eier verschont geblieben. Die Möglichkeit einer Reinfektion ließ sich allerdings auch nicht ausschließen.

Wenn auch diese Resultate so unbefriedigend sind, daß sie einen Vergleich der Säurebehandlung mit den Einreibungskuren gar nicht zulassen, beweisen doch die in Kontrolle verbliebenen dauernd geheilten Fälle, daß eine restlose Abtötung der Milben und Eier nach der Säuregasmethode durchaus möglich ist.

Die Rezidive, die wir früh genug wieder zu sehen bekommen haben, juckten immer nur schwach an einer kleinen gut umschriebenen Stelle. In 6 Fällen betrafen sie die Gegend am Hals oder am Gesäß. Es war in diesen Fällen entweder die Halskrause zu tief hinuntergerutscht, oder

Digitized by Google

war es die sitzende Haltung, die eine genügende Begasung der betreffenden Stellen nicht zuließ. In den übrigen Fällen ist das Rezidiv aus der Achsel, aus der Kniekehle, der Genitokruralfalte oder aus den Bauchfalten hervorgegangen, Stellen, die offenbar durch die Faltenbildung von den Säuredämpfen verschont blieben.

Auf Grund dieser Erfahrungen glauben wir, daß die Rezidive der technischen Unvollkommenheit unserer Einrichtung und nicht ihrem Prinzip zugeschrieben werden müssen. Vor allem scheint die ungleichmäßige Verteilung der Dämpfe um die Körperoberfläche herum verantwortlich zu sein. Die sitzende Haltung haben wir nur gezwungenerweise gewählt, da sich das Stehen 30 Min. hindurch hauptsächlich wegen der steifen Nackenhaltung so anstrengend erwies, daß wir es nur kräftigen Patienten zumuten konnten.

Doch wären Verbesserungen in dieser Hinsicht leicht durchzuführen. Dem stehenden Patienten sollte Gelegenheit geboten sein, sich abwechselnd nach hinten und nach vorn mit den Händen anzulehnen. Außerdem sollte eine gleichmäßige Ventilation am besten mit elektrischer Kraft, im Kasten stattfinden. Es könnte aber auch die ganze Schrankeneinrichtung verlassen werden, und die Versäuerung der Luft in einem geeigneten, gut ventilierbaren Raum geschehen, in dem die Patienten mit säureabsorbierenden Masken und Augenschutz auf und ab gingen.

Unsere Versuche mußten aus äußeren Gründen, hauptsächlich wegen der Knappheit der Geldmittel, die zur Verfügung standen, einstweilen unterbrochen werden. Eine Veröffentlichung unserer vorläufigen Resultate schien uns aus zwei Gründen wünschenswert. Einmal hoffen wir, durch die Versuche eine Anregung zu einer Behandlung der Skabies mit der Ameisensäure bzw. im allgemeinen mit für den Menschen ungiftigen gasförmigen Körpern gegeben zu haben, die auf Grund unserer Versuche gar nicht aussichtslos, und wegen ihrer Einfachheit und Billigkeit durchaus erwünscht erscheint. Ferner wollten wir auf die auffallende antipruriginöse Wirksamkeit der Ameisensäuredämpfe aufmerksam machen, die auch bei mehreren Furunkulose- und Pyodermiefällen und eigentümlicherweise auch in einem Falle von Pruritus vulvae beobachtet werden konnte. Bei Pyodermien scheint außer einer symptomatischen Wirkung auf den Juckreiz auch eine Abtötung der Kokken und demnach eine therapeutische Beeinflussung des Prozesses stattzufinden.

Jean Schäffer

Im Dezember 1921 erlöste der Tod JEAN SCHÄFFER im 54. Lebensjahr von einem jahrelang mit staunenswerter Geduld getragenen Leiden, und so verstummte der Mund eines akademischen Lehrers, der sein Auditorium stets durch die Klarheit, Schönheit und Eleganz der Sprache erfreut hatte, es schied ein Forscher aus der Reihe seiner Mitstrebenden, dessen Versuche in Anordnung und Exaktheit vorbildlich zu nennen waren. So knüpfen sich denn an seinen Namen eine Reihe von Publikationen bemerkenswerter Art, aus denen wir als die bezeichnendsten folgende herausgreifen:

Digitized by Google

Auf dem IV. Kongreß der „D. D. G." (Breslau) 1894 „Über Gonokokkenwachstum bei hohen Temperaturen" und „Widerstandsfähigkeit der Gonokokken gegen Desinfizientien", „Bedeutung der Silbersalze für die Gonorrhoe", Riesenzellen bei Lepra". Auf dem V. Kongreß (in Prag): Über „Antagonistisches Verhalten der Gonokokken zu anderen Bakterien", „Gonokokkenkulturen", „Desinfektionsversuche an Gonokokken". Aus jahrelang getriebenen Untersuchungen über Lepra, speziell über viszerale Lepra (die Breslauer Universitäts-Hautklinik hatte sich aus Memel eine Anzahl Lepröser zuweisen lassen) eine Reihe Veröffentlichungen, darunter von Bedeutung „Über die Unterscheidung der Leprome und tuberkulösen Erkrankungen im leprakranken Körper", „Über Leprabazillenfärbung und Histologie der Leprome". 1903 „Die bullösen Hautaffektionen" (Deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrh.), eine Arbeit, die schon in die Reife seines Privatdozententums (1898 Habilitation in Breslau) fiel, ebenso wie seine Studien und Veröffentlichungen „Über die Wirkungen der feuchten, kalten und heißen Umschläge", als deren bedeutsames Resultat die allgemein therapeutisch und physiologisch so wegweisende Arbeit (1907) „Über den Einfluß unserer therapeutischen Maßnahmen auf die Entzündung" angesprochen werden muß. Wenn diese Veröffentlichung den Höhenpunkt seines ärztlichen Forschens bildet, so sehen wir Jean Schäffer als Lehrer seiner Spezialität in hellstem Lichte und gewissenhaftester Eigenart in dem 1915 erschienenen Buche „Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten", ein Buch, welches in keiner Handbibliothek eines Mediziners fehlen dürfte und eine auffallend schnelle Verbreitung gefunden hat, so daß Schäffer es selbst noch in fünfter Auflage bearbeitet herausgeben konnte. Seine Freunde sehen in diesem Werk einen „echten Schäffer", und der suchende Arzt kann keinen eingehender und rücksichtsvoller beratenden Freund finden, der ein wachsames und medizinisch kritisch geschultes Auge auch für das Neueste auf seinem Gebiete hat.

1920 finden wir in der M. Kl., Nr. 6, eine Arbeit über „Die Bedeutung hartnäckiger Fälle von Gonorrhoe des Mannes", dem ewigen Crux aller Spezialisten, und 1921 noch, während der Tod schon an seine Türe klopfte, wieder in der M. Kl., Nr. 12, Beachtenswertes „Über Epididymitis non gonorrhoica (bacterica)". Alle, die Schäffer kannten und schätzten, haben ihn auf dem Kongreß 1921 schwer vermißt, und die Eingeweihteren ahnten wohl schon den nahen Abschied für immer. Wie sehr wir Freunde ihn in Hamburg vermißten und bedauerten, wird jedem klar, dem wir sagen müssen, daß unser kurzes Erinnerungsblatt eine große Lücke aufweisen würde, wenn wir dem Forscher Jean Schäffer nicht auch den Menschen in ihm gleichstellen und ihm gerecht werden wollten, denn mit ihm verlor unser Fach auch einen liebenswürdigen, uneigennützigen, vornehm denkenden Kollegen. Dazu charakterfest und männlich empfand er es schwer genug, daß er erst so spät zu großer und selbständiger Lehrtätigkeit kam. Erst kurz vor seinem Tode wurde er zum außerordentlichen Professor ernannt, eine Anerkennung seiner Fähigkeit, die er schon viel früher hätte erreichen können, wenn er ohne Rücksicht auf seine Familie sich zu Konzessionen hätte entschließen können; der Wert seiner Persönlichkeit stand ihm über dem Erfolg, und das gibt uns Einblick in sein feinfühlendes und doch festes Wesen, äußerlich sich kennzeichnend in energischem, zielbewußtem und schnellem Auftreten und Sprechen in stets verbindlicher Umgangsform bei freundlich blickenden, hellen Augen. Diese Art, auch schnell und zielbewußt zu arbeiten, verbunden mit von ihm selbst jeweils ad hoc erdachten praktischen Handgriffen, die bei alledem klare und sichtbar hilfsbereit gegebene Anordnung und Antwort machten es ihm möglich, bei allen wissenschaftlichen Arbeiten doch eine weit über den Rahmen seines lokalen Wirkungskreises hinausgehende und ihm seitens der Patienten mit anhänglicher Treue gelohnte Privatpraxis mit Erfolg zu bewältigen.

Er starb als Junggeselle. Sollen wir auch darin einen hohen Grad männlicher Charakterfestigkeit sehen, daß er, die eventuellen verhängnisvollen Folgen seiner tückischen Erkrankung kennend, aufs höchste Menschenglück verzichtete, um es nicht im Herzen einer Lebensgefährtin zum tiefsten Menschenleid kommen zu lassen?

Was andere für ihn taten, stand daher ganz besonders hoch in seinem dankbaren Herzen angeschrieben, und so würde unser Erinnerungsblatt eine Lücke aufweisen, wollten wir vergessen, wie treu er zu seinem Lehrer und Freund Albert Neisser stand trotz mancher persönlicher Verschiedenheiten. Schäffer war es daher, der im Jahre 1907 die „Festschrift für Albert Neisser" (Bd. 85 des Arch. f. Derm.) zu-

Digitized by Google

stande brachte, die er selbst durch eine schöne Arbeit „Über ungewöhnliche und diagnostisch schwierige Erkrankungen der Mundschleimhaut bei Syphilis und Hautkrankheiten" schmückte, und es ist uns auch — abgesehen von den uns bekannten nahen Beziehungen, die Neisser zu seinen Assistenten zu schaffen wußte — ein ganz natürlich sich ergebendes Faktum, daß Schäffer jene herrliche Biographie „Albert Neissers Lebenswerk und Persönlichkeit" (1917) brachte.

Dem Jüngeren ist es noch vergönnt gewesen, dem ihm vorausgegangenen Lehrer als letzten Liebesdienst die müden Augen für immer und mit heißem Dank zu schließen.

Westberg-Hamburg.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

November 1921, Bd. 35, H. 1/2.

Zehn Jahre Salvarsantherapie an der Bonner Hautklinik, von E. Hoffmann und P. Mergelsberg-Bonn. S. 1—43. Zunächst wird ein kurzer historischer Überblick über die Entwicklung der Salvarsantherapie gegeben. Die Verff. schildern hierauf ihre durch langjährige Nachbeobachtungen erprobten Erfahrungen bei Lues I seronegativa. Von verschiedenen Ausnahmen abgesehen, kann nachgewiesen werden, daß — ein genügend hohes Kurmaß vorausgesetzt — die Lues I seronegativa durch eine Kur dauernd beseitigt werden kann. Nicht ganz so günstig sind die Erfolge, wenn bereits positive Schwankungen vorliegen; hier empfiehlt es sich, auf alle Fälle eine Sicherheitskur anzuschließen; ist auch im Verlauf dieser ein Umschlagen der WR nach der positiven Seite hin zu verzeichnen, so ist die Prognose keine allzu günstige. Was schließlich die Behandlung der Lues II anbelangt, so sei erwähnt, daß bei einem nicht kleinen Teil des nachuntersuchten Krankenmaterials eine Kur mit sehr hohen Alt- oder Neosalvarsandosen verbunden mit Hg-Behandlung genügte, um die Lues dauernd zum Schwinden zu bringen. Nach 8—10 Jahren angestellte Wiederuntersuchungen ergaben die merkwürdige Tatsache, daß das frühere oder spätere Negativwerden der WR keine große Bedeutung für die Dauerheilung hat. Den hohen Salvarsangaben vermeintlich zugeschobene ernste Zwischenfälle führten zu Kuren mit geringeren Einzeldosen. Es sei hier vorweggenommen, daß an dem Zustandekommen der Neurorezidive weder zu hohe Einzeldarreichungen — das Gegenteil ist erweislich — noch die Gesamtmenge schuldig ist. Nicht selten auftretende Rezidive, die sich meist relativ früh einstellen, ergaben die Forderung, nach einer zweimonatigen Pause eine weitere Kur anzuschließen. Die Dauerbeobachtungen ergaben, daß diese zweite Kur die Zahl der geheilten Patienten wesentlich zu heben vermochte. Freilich sind hierzu energische kombinierte Kuren mit nicht zu geringen Einzeldosen und nicht unter 5 g Salvarsan-Natrium als Gesamtmenge erforderlich. Was schließlich die Wirksamkeit des Silbersalvarsans anbetrifft, so liegen hierüber noch keine längeren Dauerbeobachtungen vor, auf die schlechte Beeinflussung der WR wird jedoch hingewiesen.

Über die einzeitig kombinierte intravenöse Neosalvarsan-Novasurol-Behandlung (nach Bruck-Becher), von L. Baer-Altona. S. 43—54. Die Vorteile der einzeitigen Hg-Salvarsanbehandlung liegen, was Bequemlichkeit für den Patienten anbetrifft, auf der Hand. Nebenerscheinungen aller Art (Stomatitis, Fieber, Durchfälle, Ikterus usw.) lassen sich auch bei dieser Methode nicht immer vermeiden. Rasches Schwinden der klinischen Symptome kann meist festgestellt werden, auch ist der Einfluß auf die WR ein befriedigender. Das in der Bruckschen Klinik übliche Behandlungsschema ist folgendes: 4—5 g Neosalvarsan + 0,4—0,5 g Hg bei Männern und 3,0—4,0 g Neosalvarsan + 0,4 g Hg bei Frauen.

Untersuchungen über die Pathogenese der Jod- und Bromakne, von H. Haxthausen-Kopenhagen. S. 54—70. H. ist nicht der Ansicht, daß, wie bisher meist angenommen wurde, das freie Jod oder Brom die bekannten Hautveränderungen hervorruft, sondern er vertritt vielmehr den Standpunkt, daß die ungespaltenen Salze selbst für das Entstehen der hier in Frage kommenden Akne verantwortlich zu machen sind. Durch sorgfältigste Laboratoriumsversuche ist ihm der Nachweis gelungen, daß der Aktionsradius zweier Staphylokokkenprodukte durch Jod- und Bromnatrium vergrößert wird. Hingegen vermag H. keinen experimentellen Nachweis zu führen, daß der Entzündungs-

Digitized by Google

prozeß der Haut selbst durch die beiden Halogensalze selbst eine wesentliche Veränderung erfährt.

Neurodermitis und Klitoriskarzinom bei jungem Mädchen, von H. Müller-Mainz. S. 70—76. Im Anschluß an eine Neurodermitis stellt sich bei einer 24jähr. Patientin eine Klitorisverdickung, begleitet von starken papillomatösen Wucherungen der Genito-Analgegend ein. Die Schwierigkeiten begegnende Diagnose konnte erst durch das histologische Bild gewonnen werden. Besonders bemerkenswert ist die chronologische Reihenfolge der Erkrankungen: Pruritus, Neurodermitis und schließlich Karzinom.

Über den Morbus Darier. Mit Mitteilung eines Falles, von H. Lippert-Elberfeld. S. 76—90. An Hand eines einschlägigen Falles, dessen Krankengeschichte ausführlichst wiedergegeben wird, kommt Lippert zu folgenden den Morbus Darier betreffenden Schlußsätzen: 1. Der Morbus Darier ist exquisit vererblich, kongenital bedingt und wird in der Pubertätsperiode manifest. 2. Hinsichtlich der Ätiologie ist den innersekretorischen Störungen, sowie der Frage des Zusammenhangs mit bösartigen Tumoren Aufmerksamkeit zuzuwenden. 3. Organotherapie kann nur als symptomatische Behandlung gelten: ihr ist das Röntgenverfahren vorzuziehen.

Zur Kenntnis der gonorrhoischen Fersenschmerzen, von F. W. Klöppel-Braunschweig. S. 90—99. Die Veröffentlichung bildet einen interessanten Beitrag zu dem aufgeworfenen Thema. Bei drei Patienten konnte einwandfrei eine ätiologische Beziehung zwischen Fersenschmerz und Blennorrhoe dargelegt werden. Die eingeleitete spezifische Therapie erwirkte in allen Fällen wesentliche Besserungen. Periost wie Schleimbeutel können an der Erkrankung teilnehmen und werden rasch nacheinander von dem Prozeß befallen.

F. Rosenberger-Hamburg.

Annales des Maladies Vénériennes.

Oktober 1921.

Umfrage über die Wassermann-Reaktion bei Syphilis (Schluß) (Enquête sur la réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis). Bringt als Abschluß der Rundfrage die klinische Verwertbarkeit der Reaktion: Es werden fast von allen Autoren die bekannten Prozentzahlen von unspezifischer Reaktion (0—4%) bei Lues II, Lues nervosa, Lues hereditaria und Metalues gebracht. Es wird verschiedentlich vor der Behandlung einer konstant bleibenden WR gewarnt; wenn lediglich eine positive WR bei alten Syphilitikern festgestellt wird, so ist das durchaus nicht immer eine Indikation für eine fortgesetzte energische Behandlung mit dem Ziel, die WR negativ zu machen. Was die Technik anbetrifft, so erscheint es zwar unmöglich, eine einzige Methode der Reaktion obligatorisch zu machen, doch muß gefordert werden, daß nur ausgebildete und berufene Serologen zur Anstellung der Reaktion berechtigt sind, und daß die Serologen engeren Gedankenaustausch untereinander pflegen. Alles in allem ergibt die Rundfrage, daß ein ernsthafter Zweifel an dem Werte der Reaktion von keiner Seite mehr geltend gemacht wird.

November 1921.

Das Heft bringt ausschließlich Berichte über syphilitische Reinfektionen. Als Gesamtergebnis zeigt sich, daß der strengen Forderung nur wenige Fälle genügen, vor allem ist meist die erste Infektion nicht genügend sichergestellt.

Neunzehn Fälle syphilitischer Reinfektion, darunter eine doppelte Reinfektion aus der Universitätshautpoliklinik Genf (Dix-neuf cas de réinfection syphilitique, dont un de double réinfection), von Oltramare-Genf. S. 661. Verf. faßt die Reinfektion durchaus nicht als Beweis der Heilung der ersten Lues auf, vielmehr hat nur das Gewebe seine frühere Allergie der Spirochäte gegenüber wiedergewonnen und gleichzeitig ist die Seroreaktion negativ geworden. Ein absoluter Beweis einer Reinfektion ist das Auftreten einer frischen Roseola bei der zweiten Infektion. Ein zu kurzer Intervall zwischen erster und zweiter Infektion ist kein Grund gegen die Annahme einer Reinfektion, denn schon eine bis zwei Salvarsanspritzen können die erste Infektion zum Erlöschen bringen (Konfrontation mit der Infektionsquelle, Inkubationsdauer der zweiten Infektion, primäre Drüsenschwellung, Wirksamkeit der zweiten Behandlung). Reinfektion ist auch nach „ungenügender" erster Behandlung möglich, dagegen kommt Reinfektion nur nach Arsenobenzolbehandlung vor [?]. Ein wesentlicher Unterschied zwischen

Digitized by Google

primärer seronegativer und seropositiver Lues im Verhältnis zur Reinfektion besteht nicht, der therapeutische Erfolg erscheint bei beiden gleich leicht zu erreichen zu sein. Ausführlicher Bericht.

Syphilis. Heilung und Reinfektionen (Syphilis. Guérison et réinfection), von Lagage-Mons. S. 685. Einwandfreie Beobachtung beider Infektionen bei einem Fall ($1^1/_2$ Jahr Zwischenraum), woraus auf Heilung der ersten Infektion geschlossen wird.

Doppelte syphilitische Reinfektion 4 und 9 Jahre nach der ersten Syphilis (Deux réinfections syphilitiques survenues 4 et 9 ans après une première syphilis), von Yrouchalmi-Alexandrien. S. 690. Die erste Infektion im Jahre 1911 erscheint nicht einwandfrei nachgewiesen (Behandlung nur einige Hg-Pillen), dagegen sind die zweite und dritte Infektion einwandfrei belegt.

Reinfektion bei einem alten Syphilitiker nach Quecksilberbehandlung (Réinfection chez un ancien syphilitique traité par le mercure), von Belgodère. S. 693. Erste Infektion bei einem Soldaten 15 Jahre alt. 3 Jahre lang gute Inunktionskuren, zwei gesunde Kinder, kein Abort. Reinfektion 8 Tage alt, typischer Primäraffekt, keine Drüsenschwellung, Spirochaeta pallida +. WR nicht gemacht.

Syphilis und Reinfektion (Syphilis et réinfection), von Sarrat. S. 700. Erste Luesbehandlung verschleppt, ungenügend, Paresen der Extensoren des r. Fußes, WR +. Nach 3 Jahren frische Infektion mit darauffolgender generalisierter Roseola. (Fall genügt auch den geringsten diagnostischen Forderungen nicht.)

Synkopekrisen mit folgenden fibrillären Zuckungen nach intravenösen Hg-Zyanürinjektionen (Crises sub-syncopales avec tremblement consécutives à des injections intraveneuses de cyanure de mercure), von Greenberg-Beyrouth. S. 704. Nach jeder Injektion sofort Aussetzen des Pulses, der Atmung und „Totenblässe", nach 10 Sekunden fibrilläre Zuckungen und Krämpfe, dann Rückkehr zur Norm. Erscheinungen nur nach Quecksilberzyanür. 15 Injektionen damit gemacht.

Über die Anwendung des Holzessigs bei chronischer Urethritis ohne Gonokokken (Sur l'emploi de l'acide pyroligneux dans le traitement de l'urethrite chronique agonococcique), von Greenberg-Beyrouth. S. 706. Behandlung der männlichen chronischen Urethritis mit $^1/_2$—$3\,^0/_{00}$ Holzessig mit gutem Erfolg in 4 Fällen.

H. E. Tietzen-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Das Geheimnis der Hormone, von Adolf Koelsch. (Rascher & Cie., Zürich 1921.) Das Büchlein über Herkunft und Wesen der immer wichtiger werdenden Hormone von Koelsch ist sehr geeignet, Laien in diese neue und in vielen Beziehungen verwickelte Materie einzuführen. Es kann zu diesem Zwecke vom Arzte jedem Patienten zu dessen Aufklärung ruhig in die Hand gegeben werden. Zudem ist die Sprache klar, leicht verständlich, stellenweise sogar amüsant und durch reichliche Illustrationen von packendem Interesse. Der Verf. hat sich als Ziel gesetzt, an der Hand der neuen Lehre von den Hormonen das harmonische Zusammenarbeiten aller Organe des tierischen Körpers dem Leser recht zum Bewußtsein zu führen, und in dieser Beziehung kann das Werkchen auch mit Nutzen der Ärztewelt im allgemeinen empfohlen werden.

P. G. Unna-Hamburg.

Grundriß der Histopathologie der Hautkrankheiten, von Walter Friboes. (F. C. W. Vogel, Leipzig 1921.) Das der Universität Rostock zu ihrem 500jähr. Jubiläum gewidmete Werk versucht in denkbar knappem Rahmen der Riesenaufgabe gerecht zu werden: „die Wechselbeziehungen zwischen klinischem Bild und histologischen Veränderungen" dem Studierenden in leicht faßlicher Form — allerdings an der Hand einer Fülle von trefflichen farbigen Abbildungen und Mikrophotogrammen — nahe zu bringen. Die klinische Diagnose soll er besser verstehen lernen wie umgekehrt aus dem vielgestaltigen klinischen, feinste Einzelheiten offenbarenden Bild den Anreiz erhalten, nach den anatomischen Merkzeichen zu fahnden. Seinen eigenen Schülern wird Friboes mit dem Büchlein die geeigneten Erinnerungsbilder gestiftet haben, wie weit es für einen weiteren Kreis dem sicher vorliegenden Bedürfnis merklich entgegengekommen ist, möchte Referent offen lassen. Wer sich ehrlich fragt, wie weit er selbst als geübter Mikroskopiker an der Hand dieses Grundrisses imstande ist, eine klinische Diagnose zu rekonstruieren, muß eingestehen, daß ein Grundriß in dieser Form ihn im Stich läßt, wie das auch gar

Digitized by Google

nicht anders möglich ist. Bei einer solchen Kürze werden z. B. die Veränderungen im bindegewebigen Teil der Haut genau so monoton und nichtssagend ausfallen, wie wir das seit J. Neumanns Lehrbuch gewohnt sind, und wie es in den Handbüchern der patholog. Anatomie immer wiederkehrt, bezüglich welcher Friboes mit Recht die stiefmütterliche Behandlung des Abschnittes Haut hervorhebt. Trotz Ehrmann und Fick, trotz Friboes und trotz anderer Grundrisse steht die Histopathologie der Hautkrankheiten noch aus, welche Unnas tiefschürfendes, breitangelegtes, in vielen Punkten natürlich überholtes und in noch mehr Punkten zu ergänzendes Standardwerk in die Sprache des Studierenden mit allen notwendigen Kürzungen überträgt. Die Studenten, welche der unermüdliche und vielseitige Verf. in die schwierige Materie selbst einführt, werden ihres Lehrers Stellung zu dem Entzündungsbegriff als solchen, in anderen grundlegenden pathologischen Grundfragen, in den offenen Problemen der Geschwulstlehre, den uns Dermatologen angehenden Rätseln der Immunitätswissenschaft usw. schon kennen und wissen, was ihm die von Unna geschaffene Pathologie des Zwischengewebes, die Protoplasmafärbungen u. a. für die Hautpathologie verraten. Bei dieser Einheitsfront nehmen sie natürlich viel mehr von dem Buche mit als andere, wiewohl diese Einheitsfront neuerdings durch Friboes revolutionierende anatomische Arbeiten beschwert wird. Nicht sichtbar, nach welchen Gesichtspunkten Friboes den Stoff geordnet hat. Dem Zufall kann er es nicht überlassen haben. Die infektiösen Granulome sind am besten geraten. Bei der Tuberkulose schließt er sich eng an Lewandowsky an. Es bedeutet wohl keine Überempfindlichkeit des Referenten, wenn er zwischen den Zeilen auf eine negative Einstellung von Friboes zu Unna schließt. Man lese die recht geringschätzigen Bemerkungen über das Eczema seborrhoicum. Trotzdem histologisch und klinisch mit ihm nach des Verf. Ansicht nichts Rechtes angefangen werden kann, wird es später einmal doch histologisch und klinisch zur Differentialdiagnose herangezogen. Bei dem Herpes zoster wird Unnas ballonierende Degeneration des Epithels nicht einmal genannt, so ausführlich auch die Veränderung beschrieben wird. — Die Impetigo Bockhart kann mit einem Wort nicht abgetan werden. Klärend hat Bockhart schon gewirkt. — Daß das sog. Granuloma teleangiectaticum durch ein zell- und gefäßreiches Granulationsgewebe charakterisiert ist, ist durchaus noch nicht entschieden. Die Auffassung eines proliferierenden Angioms hat mindestens so viel für sich. Das kleine Kapitel der Ecthyma gangraenosum wird Eugen Fraenkels, des besten Kenners der Pyozyaneusinfektion der Haut, scharfe Opposition herausfordern. Diese Beispiele ließen sich natürlich endlos vermehren, sie beweisen aber nur die Gefahren, die aus der Kürze der Darstellung des großen Thema resultieren. — In diesem Zusammenhang soll aber nicht unerwähnt bleiben, daß in der Frage der sog. Leprazelle Unnas Annahme der Lagerung der Bazillen Friboes „die richtige zu sein scheint". — Während jedem Kapitel eine kurze klinische Erläuterung vorangestellt wird, fehlt solche bezeichnenderweise dem ersten Kapitel, dem Ekzem. Ein Beweis, wie schwierig es ist, dem Anfänger den Ekzembegriff zu entwirren. Die Ausstellungen dürfen aber die empfehlende Anreize des Werkes nicht einengen, das vorbildlich gedruckt und ausgestattet für die rege Arbeitsstätte auf dem dankbarsten Sondergebiet der Medizin Zeugnis ablegt. E. Delbanco-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Konstitution und Erlebnis in der Sexualpsychologie und -pathologie des Kindesalters, von Julius Moses. (Zschr. f. Sexualw., 1922, Bd. 8, H. 10.) Wenn auch die fortschreitenden Forschungen über die innere Sekretion der Pubertätsdrüse eine wissenschaftliche Basis für den Begriff einer Sexualkonstitution geben, bleiben die gesamte Konstitution und die äußeren Einflüsse daneben immer noch von Wert. In der Ätiologie der infantilen Triebanomalien kann vorläufig die neuropathische Konstitution nicht ausgeschaltet werden, diese besteht in der Mehrzahl der Fälle von Onanie der Säuglinge und ganz kleinen Kinder, besonders häufig bei Mädchen. Die neuropathische Veranlagung ist auch zu berücksichtigen bei Kindern mit außerordentlicher Empfindlichkeit der erogenen Zonen gegen äußere Reize und gesteigerter Ansprechbarkeit der Sexualpsyche durch sexuelle Erregungen, wobei Stärke und Begleiterscheinungen des ersten sexuellen Erlebnisses richtunggebend für die weitere Entwicklung wird. Die Auswirkung der Früherlebnisse ist bei Mädchen eine nachhaltigere, bei Knaben tritt häu-

Digitized by Google

figer ein Hinabsteigen in das Unterbewußtsein oder völliges Auslöschen ein. In der Frage der Homosexualität hat die präformierende Anlage eine die zufälligen Erlebnisse und Eindrücke überragende Bedeutung, doch ist die Rolle der letzteren nicht ganz auszuschalten. Die Hysterie bedingt keine Steigerung des weiblichen Geschlechtstriebes, gibt jedoch dem Liebesleben eine eigene Tönung; sie läßt das betreffende Mädchen leicht fälschlich als aktiv hypererotisch erscheinen. Es ist davor zu warnen, aus lebhafter aktiver oder andauernder sexueller Betätigung auf starke Libido beim Weibe zu schließen. E. Levin-Berlin.

Mit Hodentransplantation geheilter Fall von Homosexualität, von Ernst Pfeiffer-Budapest. (Gyógyászal, 1921, Nr. 25.) Ein 33jähr. Mann war bis zu seinem 30. Lebensjahre sexuell normal, bekam dann homosexuelle Neigungen, wurde gegen einen Kameraden im Rausche homosexuell tätlich. Die gesetzliche Untersuchung wurde wegen seiner Unzurechnungsfähigkeit im Rausche, eingestellt. Somatischer Zustand völlig normal. Die Prostata war klein und weich, die Behaarung der Pubes schwach. Die Transplantation wurde ohne Kastration ausgeführt. In beiden Muskuli rekti in je einem Neste wurde, ein Stückchen, mit einer Epididymitomie zugleich entfernter Hoden eingenäht. Um die Suggestion zu vermeiden, wurde ihm eine Scheinoperation von Bauchwandhernien eingeredet und blieb dauernd sexuell normal. M. Porosz-Budapest.

Verschiedenes.

Von den Gilden der Barbiere und Chirurgen in den Hansestädten, von Walter von Brunn. (Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1921, 80 S.) An der Hand eines zum großen Teile handschriftlichen, aus den Ratsarchiven von Stralsund, Rostock und Wismar stammenden Materiales entrollt Verf. ein anschauliches Bild von dem Leben in den Gilden (zuerst Ämter, später Zünfte genannt) der Barbiere, die, später als andere Gilden gegründet, sich mit der Zeit zu den Gilden der Barbiere und Chirurgen auswuchsen und so in gewissem Sinne Vorläufer der heutigen Ärzteorganisationen darstellen. Ihre Satzungen finden sich in den „Rollen" verzeichnet, die in der „Lade" aufbewahrt wurden; hier erfahren wir interessante Einzelheiten über das Verhältnis von Meistern und Gesellen, die Wahl der „Älterleute", die dem Amte vorstanden, die Pflichten der Barbiere, in Kriegszeiten Meister oder Gesellen zur Begleitung des Kriegsvolkes zu stellen, die besondere Stellung des Ratsbarbiers, der in gerichtlichen Fällen, bevor ein anderer den Fall behandeln durfte, den ersten Verband anzulegen und sein Gutachten abzugeben hatte. Wenn man im Hinblick auf die heutigen ärztlichen Verhältnisse und die täglich wachsenden Standessorgen die Nachrichten über das Leben in den Barbierämtern liest, möchte man sagen: „Alles schon dagewesen!" Auf Schritt und Tritt die bekannten Schlagworte: Numerus clausus, Bekämpfung der unzünftigen Kurpfuscher (für die sich seit dem 16. Jahrhundert der Name „Bönhasen" einbürgerte), Bestimmungen gegen unlautere Konkurrenz innerhalb der Ämter (kein Meister darf einen anderen aus seiner Wohnung ausmieten, keiner einen Patienten, der anderweitig in Behandlung war, ohne Einwilligung des vorbehandelnden Meisters in Behandlung nehmen). Eingehende Bestimmungen finden sich auch über „Konsilien"; auf ehrenhaftes Verhalten wird in jeder Beziehung größtes Gewicht gelegt. Der Grundzug aller Bestrebungen war schon damals, daß nur Einigkeit stark macht. E. Levin-Berlin.

Ein Beitrag zu „Krieg und Knabenüberschuß" sowie der Abhängigkeit der Geschlechtsbildung des Kindes vom Kohabitationstermin, von Joachim Heinecke. (Diss., Halle 1920.) 102 Fälle von Kriegsurlaubsgeburten. Die Zahl der Knaben ist hierbei gleich der Zahl der Mädchen. 51. Die Zeit des 1.—9. Tages nach der Menstruation ergibt 57,4% Knaben. Die Zeit vom 10.—14. Tage zeigt dann eine Zunahme der Mädchen gegenüber den Knaben, so daß nur noch 36,8% Knaben vorhanden sind, die sich in der Mädchenzeit des 15.—22. Tages noch weiter auf 25% verringern. Dagegen ergibt die letzte Zeit des 24.—28. Tages, die anfänglich als temporäre Sterilität von Siegel bezeichnet wurde, ein Anwachsen von 83,3% Knaben. F. Weiler-Leipzig.

Gedenkblatt für Th. Christen, von Friedr. Janus-Charlottenburg. (Strahlenther., Bd. 12, H. 4.) Der Tod Christens bedeutet ein schwerer Verlust für die Strahlungs- und Röntgenwissenschaft. Seine wichtigste Arbeit auf diesem Gebiet ist: Messung und Dosierung der Röntgenstrahlung, Hamburg 1913. Als erster faßt er dies Problem zusammen, gibt klare Definitionen und enggefaßte Begriffe. Außerdem arbeitete er auf dem Gebiet der Ernährungs- und Getränkereform, der Bodenreform, der Freigeldbewegung. In den letzten Jahren beschäftigte er sich mit dem Krebsproblem und steht hier auf dem Standpunkt wie A. Theilhaber-München. G. W. Unna-Hamburg.

Digitized by Google

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über den Haarstrich eineiiger Zwillinge, von Eugen Ludwig-Basel. (Anat. Anz., Bd. 55, Nr. 1, S. 1—11.) Die genaue Untersuchung über die Anordnung des Haarstrichs bei einem männlichen eineiigen Zwillingspaar zeigt, daß die Ähnlichkeit der beiden Föten zwar eine sehr weitgehende ist, daß aber von Identität nicht die Rede sein kann. Die Ähnlichkeit beruht auf der Tatsache, daß sie aus einem einheitlich bis zu einem gewissen Stadium herangewachsenen Keime entstehen, die Verschiedenheit ist auf geringe Differenzen in der Verteilung der Anlagen zurückzuführen, aus denen die Geschwister hervorgehen. G. Assmann-Kiel.

Einiges über die Beziehungen der Haut zum Gesamtorganismus, von Br. Bloch-Zürich. (Kl. W., 1922, Nr. 4, S. 153.) Verf. bespricht ganz allgemein die Zusammenhänge zwischen der Funktion bzw. Erkrankung der Haut und inneren Organen. Eng verknüpft mit vielen Dermatosen sind die Stoffwechselkrankheiten, doch scheint hier ein indirekter Einfluß dadurch vorzuliegen, daß die Haut durch die Stoffwechselstörungen und Änderung der Konstitution (Diabetes, Gicht usw.) umgestimmt wird und dadurch auf sonst banale Reize und Schädlichkeiten anders reagiert als die normale Haut. Wichtig ist die Beeinflussung der Haut nach Störungen der innersekretorischen Drüsen, von denen eine jede einen bestimmten Einfluß auf die Haut ausübt. Immerhin ist dieses ein Gebiet, auf dem wir noch sehr im Dunkeln tappen. Bekannter sind uns gewisse Zusammenhänge bei alimentären und toxischen Dermatosen, die vielfach kutane Anaphylaxiesymptome darstellen. Auf Grund der Auffassung dieser Erkrankungen als Bild einer Idiosynkrasie wird auch die hierbei neuerdings meist angewandte Therapie (Kalzium, Aderlaß, Serum-, Kochsalz-, kolloidale Injektionen) verständlich. Auch das Ekzem wird neuerdings von den Amerikanern als Anaphylaxieerscheinung aufgefaßt, doch dürfte dies in der geübten Verallgemeinerung übertrieben sein, wenn es auch für einzelne Fälle zutrifft. Wichtig ist der Zusammenhang zwischen Hauterscheinungen und Infektionskrankheiten, bei denen vielfach die Haut den Maßstab für die Reaktionsfähigkeit des Organismus darstellt und dadurch wichtige Anhaltspunkte für die Diagnose, Prognose und Therapie gibt. Von großer Wichtigkeit für den Organismus ist die biologische Funktion der Haut, die Esophylaxie. Hierauf beruhen auch zahlreiche Heilmethoden, die ihren Angriffspunkt am Hautorgan haben (Vakzination, Schmierkuren, Lichtbäder usw.). Die Wichtigkeit der Haut als „innersekretorisches Organ" beweist auch die oft lebensbedrohliche Form, die manche sonst banalen Dermatitiden bei allgemeiner Ausbreitung annehmen. Vorläufig ist nur ein hypothetischer Stoff anzunehmen, auf dem diese Wirkung beruht, da bei der Haut im Gegensatz zu anderen Organen ganz andere Bedingungen für das Studium der Funktion vorliegen. E. Langer-Berlin.

Schwankungen im Kapillarkreislauf, von Wilhelm Hagen. (Nachtrag zur gleichnamigen Arbeit in Bd. 14, H. 5/6 und Schlußwort zu Rickers Bemerkungen, Bd. 25.) (Zschr. f. d. ges. experiment. M., 1922, Bd. 26, H. 1/2, S. 80—86.) Abbildungen kinematographischer Aufnahmen der in der früheren Arbeit beschriebenen Kapillarreaktionen. Erörterungen über die Angriffe von Ricker. Verf. hält seine Stasentheorie aufrecht. H. Soltmann-Leipzig.

Ionengleichgewichte im Organismus, von K. Spiro-Basel. (Antrittsvorl. Basel, 1. März 1921.) Das Gesetz vom chemischen Gleichgewicht oder Massenwirkungsgesetz lehrt, daß bei Reaktionen von Stoffen nicht nur deren chemische Eigenschaften, sondern auch ihre Masse, d. h. ihre Konzentration in Lösungen maßgebend ist. Im Organismus finden ständig Verschiebungen und Wiederherstellungen des Ionengleichgewichts statt. Als Hauptbewegungsfaktor für die Ionen kommen Diffusion und osmotischer Druck in Betracht. Die Konzentration der in ihrer Art gleichen Kristalloide ist in den verschiedenen Organen des Tierkörpers eine gänzlich differente, weil die Kolloide als ausgesprochen spezifische Stoffe Löslichkeit, Filtration und Diffusionsvorgänge für die einzelnen Ionen verschieden beeinflussen. So viele Eiweißstoffe ein Organismus besitzt, ebenso viele verschiedenartige Lösungsmittel hat er, und ebensoviel verschiedene mechanische Affinitäten (Adsorption, Oberflächenkräfte) können auftreten und damit eine ungleiche, aber gesetzmäßige Verteilung im Tierkörper, i. e. Selektion bewirken. Für eine ganze Reihe von Veränderungen an Kolloiden (Eiweißkoagulation, Quellung, Hämolyse usw.) sind die Ionen von spezifischer Bedeutung. Daneben kommen den Ionen allgemeine, der Erhaltung und Leistung der Zelle dienende Eigenschaften zu. Dafür spricht der Nachweis ihrer ungleichen Verteilung, z. B. Überwiegen des Kaliums in den Blutkörperchen, des Natriums im Plasma usw. Vielfach wirken die Ionen nicht direkt

Digitized by Google

antagonistisch aufeinander, sondern auf einen dritten Körper; es besteht also, besser gesagt, ein Pseudo-Antagonismus. Durch eine Reihe von Mechanismen ist dafür gesorgt, daß das Gleichgewicht zwischen beiden Arten Ionen genau geregelt ist. Die als Durchgangsprodukt bei der Atmung oder Assimilation entstehende Oxalsäure dient regulatorisch zur Beseitigung überschüssigen, und darum schädlichen Kalziums. Die Reaktion des Blutes bleibt eine konstante Größe (Ausscheidung saurer Sekrete: Atmungskohlensäure, Harn). Pharmakologische Giftwirkungen beruhen auf Ionenwirkung. Auch „Nichtelektrolyte", Zucker, Seifenlösungen, Eiweiß zeigen elektrische Ladung. Farbstoffionen verbinden sich mit Eiweißionen, ähnlich wie negative Kolloide (Bolus, Talk) mit basischen Farbstoffen (Fuchsin), und positive Kolloide (Eisenoxyd) mit sauren Farbstoffen (Eosin). Das pseudoantagonistische Verhalten der Ionen findet eine Erklärung vielleicht in der verschiedenen Wanderungsgeschwindigkeit der einzelnen Ionen: Die der H- und OH-Ionen übertrifft die aller anderen um das Vielfache, von Kationen ist die des Kaliums die größte, die des Natriums die geringste. H. Söltmann-Leipzig.

Über Kalzium-Kalium-Wirkung, von K. Spiro-Basel. (Schweiz. m. W., 1921, Nr. 20.) Auf Aminosäuren wirken einzelne Salze ausgesprochen löslichkeitserhöhend (Kalziumchlorid), andere, wie Kaliumchlorid, entgegengesetzt (Spiro, Pfeiffer). Aus einer gesättigten Lösung von Leuzin wurde bei Gegenwart von Kaliumchlorid weniger Leuzin von Tierkohle aufgenommen, als bei Gegenwart von Kaliumchlorid. Erklärung des antagonistischen Verhaltens von K zu Ca, Bindung komplexer Moleküle oder Bindung von Nebenvalenzen durch die Ionen führt, jenach dem sie mehr an den basischen oder an den sauren Teil des Ampholyten gebunden sind, eine Änderung der basischen oder sauren Reaktion herbei. Zum Beweis dient der Nachweis einer Änderung des Wasserstoff- oder Hydroxylionengehaltes der Lösungen durch die Gaskettenmessung oder die Indikationsmethode. Z. B.: Lösungen von Glykokoll werden für sich und in Gemeinschaft mit Salzen mit Alkalien bzw. mit Säuren versetzt und quantitativ die $^1/_{10}$ Säure und Lauge bestimmt, um zum selben Farbenton zu gelangen. Hierbei ergibt sich eine Verschiebung durch Ca bzw. K in entgegengesetztem Sinne. Der Antagonismus ist aber kein vollständiger: sicher beruht auch ein Teil pharmakologischer Wirkungen auf Ionenverschiebung. Aus allen Beobachtungen ergibt sich die Wichtigkeit, daß physiologische Nährlösungen einen genau bestimmten Gehalt an den wichtigsten Ionen Na, Ca, K, HCO_3, CO_3, H und OH haben. H. Söltmann-Leipzig.

Der Einfluß der relativen Luftfeuchtigkeit auf die unmerkliche Hautwasserabgabe, von O. Moog, Med. Klin. Marburg. (D. Arch. f. kl. Med., 1922, Bd. 138, H. 3—4, S. 181—192.) An 5 Versuchspersonen wird bewiesen, daß bei gleichbleibender Durchschnittstemperatur von 25° C die Steigerung der relativen Feuchtigkeit der Luft um 30—40% zur vermehrten Abgabe des Hautwassers führt. Dieselbe muß unter den gestellten Versuchsbedingungen als Teilfunktion der komplizierten, physiologischen Wärmeregulation des Organismus aufgefaßt werden. F. Jacobsohn-Berlin.

Über den Einfluß des Wassertrinkens auf die unmerkliche Hautwasserabgabe, von O. Moog und E. Th. Nauck, Med. Klin. Marburg. (Zschr. f. d. ges. exp. M., 1921, Bd. 25, H. 5/6, S. 385—395.) Verff. versuchen an Hand von 5 Versuchsreihen, den Einfluß des Wassertrinkens bei einer längeren Trinkperiode und bei einmaliger größerer Flüssigkeitszufuhr auf die Hautwasserabgabe festzustellen. Sie kommen zu dem Ergebnis, daß die insensible Wasserabgabe durch die Haut bei gleicher Temperatur und bei geringen Schwankungen der relativen Feuchtigkeit von der jeweiligen Flüssigkeitsaufnahme abhängig ist. Innerhalb von 2—6 Tagen stellt sich der Organismus auf die vermehrte Wasserzufuhr ein. Einmalige vermehrte Flüssigkeitsaufnahme von etwa 1000 ccm ist ohne Einfluß auf die insensible Wasserabgabe der Haut, während sie bei mehrtägiger Zufuhr von 3000 ccm Wasser um 7—40% gesteigert sein kann.
F. Jacobsohn-Berlin.

Mikroskopische Technik.

Eine neue Dunkelfeldlampe, von Falkenthal-Berlin. (Zbl. f. Bakt., I. Abt. Orig., Bd. 87, H. 5, S. 398—400.) Beschreibung einer neuen Starkstromglühlampe, die der besseren Lichtausbeute wegen die Verhältnisse, wie sie bei der Bogenlampe liegen, nachahmt. Die Vorteile sind geringer Stromverbrauch, Widerstandsfähigkeit gegen Erschütterung, Geruch- und Geräuschlosigkeit, keine Nachregulierung gegenüber der Bogenlampe, geringe Wärmeentwicklung. Wo kein Netzanschluß vorhanden, können kleine Akkumulatoren zur Speisung verwendet werden. F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

Bakteriologie, Serologie, Hämatologie usw.

Studien über den Lebenszyklus der Bakterien. Teil I, Literaturübersicht von 1838—1918 (Studies upon the Life Cycles of the Bacteria, Part. I, Review of the Literature 1838—1918), von F. Löhnis. (Memoirs of the National Academy of Sciences, Bd. 16. Second Memoir. Washington, Government Printing Office 1921.) Löhnis beginnt ein Werk von monumentalem Aufbau. Der vorliegende I. Teil bringt auf 252 S. größten Formates eine internationale Literaturübersicht über unzählige Daten, die über die Morphologie von Bakterien, Spirillen, Spirochäten bekannt geworden sind. Löhnis kommt zu folgendem Ergebnis: Im Gegensatz zu der monomorphistischen Theorie, die nur einen konstanten Typus von vegetativen Zellen und nur Endosporen kennt, sind alle Bakterien deutlich pleomorph in ihrem vegetativen Wachstum. Vermehren können sie sich auf verschiedene Weise, nämlich durch Gonidien, Regenerationskörperchen, Exo- und Endosporen, Arthrosporen und Mikrozysten. Alle Bakterien leben in vivo wie in vitro abwechselnd in einem organisierten und amorphen Stadium. Durch gänzliche Auflösung von vegetativen und reproduktiven Zellen entsteht eine plasmatische Masse, das „Symplasma". Aus diesem können Zellen von gleichem oder auch verändertem Charakter wieder neu gebildet werden. Das Symplasma selbst wird von verschiedenen Autoren als amöboid beweglich beschrieben. Löhnis selbst hat nur oszillierende und gyrierende Bewegung im hyalinen Symplasma gesehen. Die verschiedenen Lebenskreise, welche ein Bakterium durchläuft, sind gewöhnlich durch ein symplastisches Stadium verknüpft. Außer durch das Symplasma können die verschiedenen Bakterien-Individuen auch durch Konjunktion sich beeinflussen. Bei der Konjunktion vereinigen sich häufig mehrere Bakterienzellen, manchmal kann man dabei Zellbrücken sehen. Löhnis wurzelt in der bakteriologischen Vergangenheit. Nach dem vorliegenden Teil der Arbeit zu urteilen scheint es, als ob die Umgestaltung der Bakteriologie — denn darum handelt es sich bei Löhnis — nicht mit einem einzigen originalen großen Wurf gelingen sollte. Einen prinzipiellen Einwand kann man schon jetzt nicht unterdrücken. Es handelt sich hier um Deutung von Strukturen, die zwar nicht an der Grenze der Sichtbarmachung, wohl aber an oder unter der Grenze der objektähnlichen Abbildung liegen. Man hat nicht den Eindruck, daß von Löhnis diese relativ eng gezogenen Grenzen gebührend berücksichtigt werden. Gerade bei Untersuchungen, die das Verhalten von Mikroorganismen unter abnorm oder wenig günstigen Bedingungen behandeln, kann man diese Verhältnisse nicht unberücksichtigt lassen. Nur wenn die folgenden Teile der Löhnisschen Arbeit in dieser Hinsicht einwandfrei sind, werden sie einen dauernden Einfluß gewinnen können. F. W. Oelze-Leipzig.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Prof. Gennerich in Kiel wurde zum Mitgliede der Schwedischen medizinischen Gesellschaft in Stockholm gewählt.

Dr. Gustav Stümpke, Direktor des Dermatologischen Stadtkrankenhauses II in Hannover, hat sich an der dortigen tierärztlichen Hochschule habilitiert.

Gestorben: Dr. Emil Baudot in Paris, der einzige noch überlebende Schüler von Bazin, dessen Lehren er übersichtlich in Buchform dargestellt hat;

Dr. Baronin E. E. A. M. von Negri in Amsterdam, bekannt durch ihre Arbeit über Granuloma malignum und WR;

Dr. Wilhelm Berg Zogbaum in Christiania, der das Verdienst hat, das erste Lichtheilinstitut Norwegens eingerichtet zu haben. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

24. Juni 1922 | Nr. 25 | Band 74

Aus der Hautklinik der II. Moskauer Universität (Direktor: Prof. G. Meschtscherski).

Ichthyosis congenita s. foetalis.

Von

Priv.-Doz. Dr. A. Jordan.

Mit 5 Abbildungen im Text.

Der Name Ichthyosis congenita ruft sofort bei jedem die Erinnerung an die Abbildungen der Harlekinföten von Janovsky, Riecke u. a. wach. Obgleich derartige Fälle nicht häufig sind, hat sich doch nach Rieckes Statistik, seit Richters erster Publikation im Jahre 1792, eine ganze Reihe in der Literatur angesammelt, so daß die Beschreibung weiterer klassischer Fälle nichts neues bieten kann. Dieselben liefern nur Material für die pathologisch-anatomischen Sammlungen der Kliniken, welche sie zieren. Ein derartiges, noch nicht beschriebenes Präparat findet sich auch in der Hautklinik der II. Moskauer Universität. In anderer Hinsicht haben diese Fälle dennoch ein großes Interesse, nämlich in bezug auf die noch strittige Frage, ob sie als selbständige Krankheit aufzufassen oder zur Ichthyosis vulgaris zu zählen sind. Trotzdem Kaposi und Caspary sich vor Jahren für eine Einheit aussprachen, halten die meisten neueren Dermatologen beide Krankheiten für ganz verschiedene, und Brocq ging noch weiter, indem er eine dritte Form schuf, welche er gleichfalls als selbständige Hautkrankheit stempelte, das war seine Erythrodermie congénitale ichthyosiforme avec Hyperépidermotrophie. Das findet aber nicht bei allen Anklang, und zu den einstigen Verfechtern der Einheitsidee Kaposi und Caspary haben sich Brandweiner, Méneau, Mendes da Costa, Bruhns u. a. gesellt. Da aber diese immerhin nur eine Minderheit bilden, dürfte doch vielleicht die Mitteilung zweier von mir beobachteter Fälle, nämlich eines solchen von echter Ichthyosis congenita und eines leichteren, den wir mit Riecke Ichthyosis larvata nennen wollen, von Interesse sein.

Die Beschreibung derselben lautet folgendermaßen:

Fall I (Abbildung 1). Der Fötus wurde am 20. März 1914 von der 20jährigen, verheirateten E. O. im Mjassnitzkihospital geboren. Dieselbe erkrankte im Jahre 1912, gleich nach der Verheiratung, an Syphilis und steht seitdem in der ambulatorischen Behandlung genannten Hospitals. Nach zwei Aborten erfolgte im 7. Monat der Schwangerschaft die Geburt dieses Fötus, welcher nach wenigen Atemzügen starb.

Status praesens. Der Fötus weiblichen Geschlechts nimmt in dem mit Spiritus gefüllten Glasgefäß eine nach Türkenart sitzende Stellung ein. Die Beine sind eingezogen, die Fußsohlen nach oben erhoben, die Zehen umgebogen, die Hände zusammengeballt und die Finger eingebogen. Die Kopfhaltung ist eine nach vorn gebeugte. Der gesamte Körper ist von einer weißen, lederartigen Haut überzogen, die sowohl auf dem Rumpf, wie auf den Extremitäten eine Anzahl bald breiterer, bald schmälerer Quer-

Digitized by Google

furchen aufweist, so z. B. am Halse, über der oberen Brustregion, auf der unteren Bauchpartie, über den Ellbogen, den Oberarmgelenken und den Knien. Die stärksten Veränderungen weist der Kopf auf, indem die Nase total abgeplattet ist und sich nur durch zwei ovale Öffnungen als solche kennzeichnet. Der Mund steht weit offen, so daß die Kiefer zutage treten. Zwischen den Kiefern steht eine dünne Zungenspitze hervor. Die Mundöffnung wird von einem ringförmigen, gleichsam wie von einem Besatz umzogen. Von den Augen ist nichts zu sehen infolge stark gewulsteter, braunroter, hervorquellender Schleimhautfalten der Konjunktiven. Die Stirnhaut ist an zwei Stellen längs- und quergeborsten. Außerdem zieht vom linken inneren Augenwinkel sagittal über den Kopf nach hinten eine breite Hautfurche, welche den Eindruck hervorruft, als wäre der Kopf durch einen Säbelhieb gespalten. Eine zweite derartige Furche zieht vom linken Auge zum äußeren Mundwinkel herab. Außerdem gehen von den Mundwinkeln Furchen nach außen und eine weitere, in der Mitte gelegene, von der Unterlippe zum Kinn. Die Ohren sind abgeplattet, der äußere Rand verbreitert, die Ohreingänge sind nur als schmale Ritzen kenntlich. Der Nabel tritt rüsselartig hervor. Die großen Schamlippen machen sich als rote Wülste kenntlich. Die Haut der Fußsohlen und Handflächen ist geschrumpft. Spärliche Kopfhaare. Wimpern und Augenbrauen fehlen. Die Nägel sind vorhanden.

Abb. 1. Echte Ichthyosis congenita.

Die histologische Untersuchung eines unlängst aus der Rückenhaut exzidierten Stückchens zeigt, wie die Abbildung 2 beweist, folgende Veränderungen: Das Str. corneum weist eine bedeutende Zunahme und in demselben eine Menge Öffnungen der Ausführungsgänge von Schweißdrüsen auf. Das Str. granulosum präsentiert sich als eine einzige Reihe gekörnter Zellen, das Str. germinativum ist verdünnt und abgeplattet. Das Rete Malpighii ist zu einer dünnen Schicht verschmächtigt, die Papillen sind teils abgeschnürt, teils ausgezogen. Das Korium weist eine geringe, oberflächliche, rundzellige Infiltration auf. Stellenweise sieht man quergetroffene, durchschnittene Haarscheiden.

Fall II. Wladeslawa Janik, 1 Jahr alt, wurde am 10. Juli 1920 in die Hautklinik aufgenommen (Abbildung 3).

Anamnese. Nach Angabe der Mutter wurde das Kind mit normaler Haut geboren und erst im zweiten Lebensmonat begann das Leiden unter Bildung von Bläschen, welche zuerst auf dem Kopf, später auf dem Halse und zuletzt auf den Extremitäten auftraten. Die Bläschen trockneten ein und erst dann entwickelte sich auf dem ganzen Körper die Schuppung. Im dritten Lebensmonat erkrankte die Kleine an linksseitiger Keratitis. Im achten Monat soll das Kind einen masernähnlichen Ausschlag gehabt haben. Die Mutter führt die Hauterkrankung des Kindes auf große seelische Erschütterungen während der Schwangerschaft zurück, da ihr erstes Kind nichts dem ähnliches aufweist. Die Frau verlor nämlich auf schreckliche Weise ihren Mann. Verwandtschaftliche Beziehungen zwischen ihr und dem Mann bestanden nicht. In ihrer Familie soll eine ähnliche Hautkrankheit nicht vorgekommen sein, über die Familie des Mannes weiß sie in dieser Hinsicht keine Angaben zu machen.

Digitized by Google

Status praesens bei der Aufnahme. Das Kind sitzt auf dem Arme der Mutter, geht noch nicht, ruft „Papa", „Mama", soll nach Ansicht der Mutter geistig normal sein. Stark ausgeprägte Querfurchen auf der Stirn geben dem Kinde ein ältliches Aussehen. Die Haut des Kopfes und Rumpfes ist trocken, wie zerknittert, infolge einander durchschneidender, feiner Hautfurchen gefeldert und bedeckt mit weißlichgelben, kleinen, an ihren Seitenpartien ein wenig sich abhebenden Schüppchen. Die Haut der Wangen, Unterarme und Hände, wie der Unterschenkel und Füße ist glatt, gespannt, pergamentartig, bald wie eingerissen durch feine Hautrisse, bald wie eingeschnürt. Letztere Partien schuppen gleichfalls, aber nicht so stark wie Kopf und Rumpf. Die Haut der Ellenbeugen und Kniekehlen ist ebenso verändert, wie die Beugeseite der oberen und unteren Extremitäten. Auf den Kniescheiben finden sich kreisförmige Hauteinkerbungen. Dasselbe sieht man an den Fingern, deren Haut gedrungen ist und in Falten steht, zwischen denen sich Einkerbungen zeigen. Die Haut der Handflächen und Fußsohlen ist pergament-

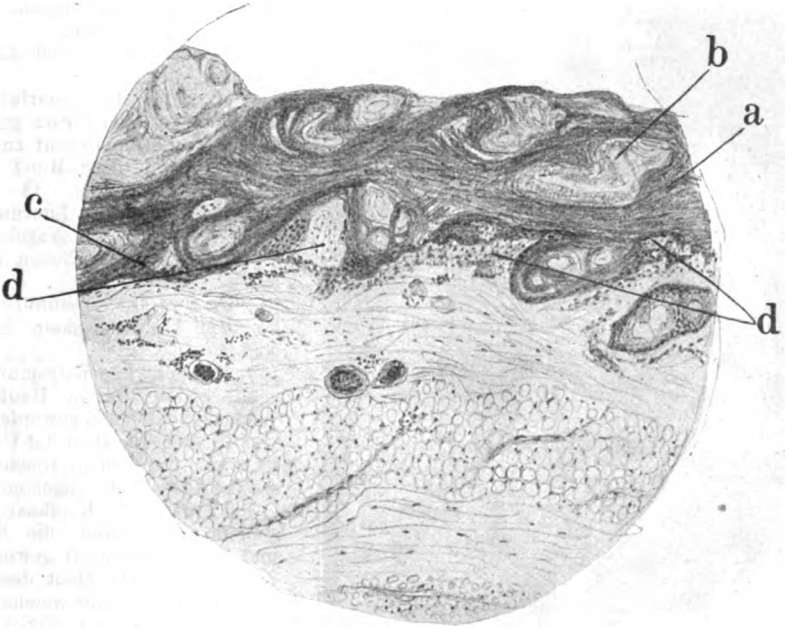


Abb. 2.

a = hypertrophisches Str. corneum, b = Ausführungsgänge der Schweißdrüsen, c = dünne Schicht des R. Malpighii, d = teils abgeschnürte, teils verlängerte Papillen.

artig, hart, glänzend, schuppt weniger. Außer den Schüppchen sieht man noch hier und da, wie z. B. auf der behaarten Kopfhaut und auf der oberen Brust- und Rückenpartie vereinzelte Pusteln. Ektropium beider unteren Lider. Beiderseits Rötung und Tränenansammlung auf der Konjunktivalschleimhaut. Leukom der linken Hornhaut. Die Ohren stehen ab, weil die Ränder der Ohrmuscheln stark infiltriert und gewulstet sind. Der Mund wird offen gehalten. Der Speichel fließt an den Mundwinkeln herab. Die Kleine hat acht Zähne. Kopfhaar und Augenbrauen fehlen, spärliche Wimpern. Die Nägel sind, bis auf den ein wenig höckrigen einen Daumennagel, angeblich nach Eiterung um den Nagel herum, normal entwickelt. Von den Lymphdrüsen sind die Achsel- und Nackendrüsen vergrößert. Die inneren Organe sind, bis auf Neigung zu Verstopfung, normal. Das Kind ißt und trinkt normal, schaut auch die Umgebung verständnisvoll an.

Verlauf.

1. Aug. 1920. Die Haut ist dank täglicher Einfettung mit 1%iger Salizylvaselin weicher geworden, das Ektropium läßt nach. Die vereinzelten Pusteln auf Kopf und Rumpf schwinden und kommen.

Digitized by Google

5. Aug. Auftreten einiger Pusteln auf den großen Schamlippen. Der neunte Zahn ist durchgebrochen.

8. Aug. Influenza. Nach Aspirindarreichung tritt unter den Achseln eine geringe Schweißbildung auf.

14. Aug. Die Influenza ist so gut wie geschwunden.

16. Aug. Die Haut der Wangen ist frei von Schuppen und weich geworden. Die Schuppenbildung läßt überhaupt nach.

31. Aug. Die Pustelbildung hat aufgehört. Die Umgebung des vierten Nagels der linken Hand ist gerötet und eitert. Ord. Kompressen. — Für die Haut an Stelle der Salizylsalbe eine Salizylteersalbe.

Abb. 3. Ichthyosis larvata.

2. Sept. Die Kopfhaut schilfert weniger, ebenso die Haut der Arme und Beine, wodurch aber die Einschnürungen noch schärfer hervortreten.

8. Sept. Das Kind lächelt hin und wieder.

10. Sept. Die Querfurchen auf der Stirn sind glätter geworden. Das Ektropiumgeht zurück.

13. Sept. Der Mund wird geschlossen gehalten.

20. Sept. Die Eiterung in der Umgebung des Nagels des vierten Fingers der linken Hand hat aufgehört.

22. Sept. Die Einschnürungen auf den Unterschenkeln lassen nach.

29. Sept. Das Ektropium ist geschwunden, da die Haut der Wangen viel weicher geworden ist.

10. Okt. Die Haut der Unterschenkel hat einen frischeren, rosafarbenen Ton angenommen.

20. Okt. Die Kopfhaare beginnen zu wachsen, die Nägel sind bedeutend länger geworden.

8. Nov. Die Haut des Gesamtkörpers ist zwar weicher geworden, aber dennoch mit Schüppchen bedeckt.

15. Nov. Die Kleine hat 5 Pfund zugenommen.

4. Dez. Hinter dem rechten Ohr hat sich eine kleine Drüse entwickelt.

9. Dez. Intertrigo in der Leistengegend. Ord. Pinselung mit Höllensteinlösung.

30. Dez. Die Intertrigo ist geschwunden. Ord. Bäder.

26. Jan. 1921. Unter der Salben- und Bäderbehandlung ist die Haut viel weicher geworden, die Einschnürungen haben sich so gut wie verloren, die Schuppenbildung ist viel geringer geworden. Die Kopfhaare wachsen gut. Die Augenbrauen fehlen noch.

2. Febr. Neue Pusteln auf dem Kopf. Exzision eines Hautstückchens des rechten Unterschenkels.

12. Febr. Die Pusteln sind geschwunden.

19. Febr. Neue Pustelbildung auf dem Kopf.

22. Febr. Die Exzisionswunde ist per primam verheilt.

Digitized by Google

29. März. Das Kind ist viel lebhafter geworden, geht und spricht. Der allgemeine Turgor der Haut ist viel besser. Der greisenhafte Eindruck ist völlig geschwunden, da die Querfurchen auf der Stirn ebenso wie die Einschnürungen geschwunden sind. Die allgemeine Schuppenbildung dauert fort. Die pergamentartige Beschaffenheit der Haut hat bedeutend nachgelassen. Das Kind macht einen geistig normalen Eindruck.

Am 30. März verließ die Mutter mit dem Kinde die Klinik.

Die histologische Untersuchung des exstirpierten Hautstückchens ergab, wie die Abbildung 4 lehrt, folgendes: Starke Wucherung des Str. corneum, welches sich stellenweise in Gestalt buchtenförmiger Vertiefungen weit in das Korium hineinschiebt. In der Hornschicht findet sich eine Menge rundlicher Öffnungen von Ausführungsgängen der Schweißdrüsen. Das R. Malpighii zeigt Spuren atypischen Wachstums.

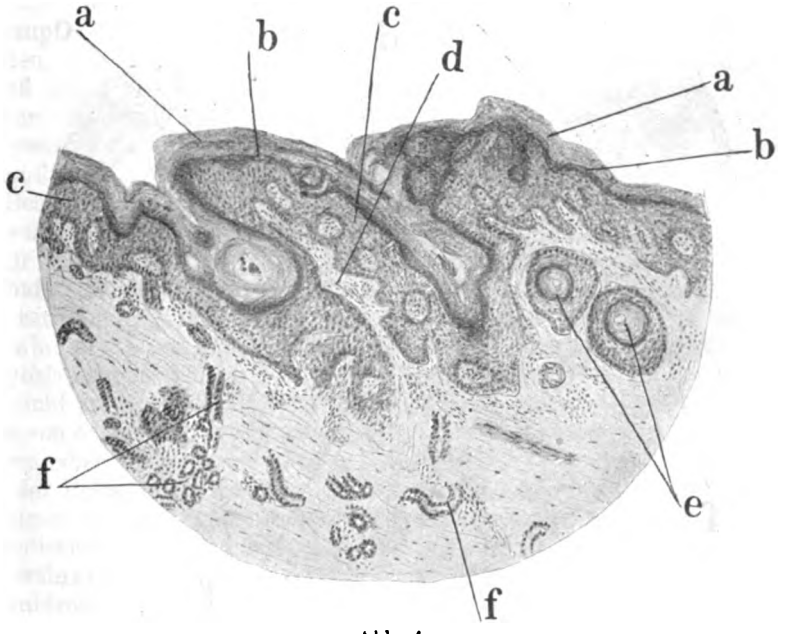


Abb. 4.

a = hypertrophisches Str. corneum, b = Str. lucidum, c = R. Malpighii, d = verschmälerte Papillen, e = zwei Inseln querdurchschnittener Epidermis, f = Korium mit vermehrten Schweißdrüsen.

Die Papillen sind in hervorragender Weise verschmälert. Das Korium ist stark verändert. In den oberflächlichen Schichten desselben sind die Gefäße, wie die Ausführungsgänge der Hautdrüsen von einer rundzelligen Infiltration umgeben. Das Bindegewebe, bestehend aus Fasern, die sich in den verschiedensten Richtungen durchkreuzen, enthält eine große Anzahl von Schweißdrüsen und Haaren mit ihnen anliegenden Talgdrüsen. In den tieferen Schichten des Korium sieht man zwischen den Bindegewebszügen Bezirke von Fettgewebe, welche aber nicht den ganzen Raum zwischen den Bindegewebszellen ausfüllen.

So verschieden beide beschriebene Fälle in klinischer Hinsicht sind, zeigen sie doch mancherlei Ähnlichkeiten, nämlich durch die Furchen-

Digitized by Google

bildung, die starke Deformität der Ohren, die allgemeine Schuppung, den pergamentartigen Charakter im zweiten Fall und die lederartige Beschaffenheit der Haut im ersten Fall. Während aber das Leiden im ersten Fall schon bei der Geburt voll ausgebildet war und den Fötus lebensunfähig machte, entwickelte sich das Hautleiden im anderen Fall erst im zweiten Lebensmonat und in so leichter Form, daß das Kind am Leben blieb, sich ganz gut entwickelte und nach entsprechender Behandlung in bedeutend gebessertem Zustand die Klinik verließ. Haben wir es somit im ersten Fall mit einem klassischen Beispiel von Ichthyosis foetalis zu tun, so handelt es sich im zweiten Fall um die larvierte Form, die sich

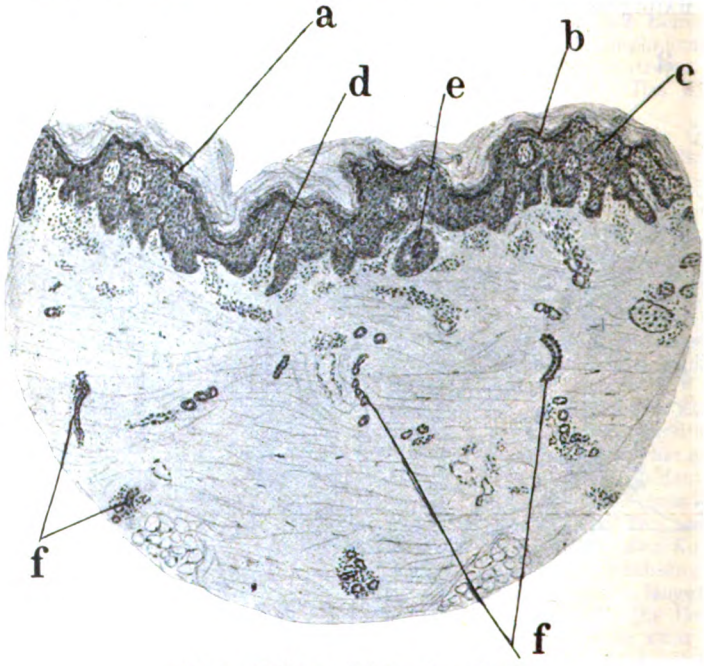


Abb. 5. Fall von Ichthyosis vulgaris.

a = unbedeutend hypertrophisches Str. corneum, b = Str. lucidum, c = R. Malpighii, d = Papillen, e = querdurchschnittenes rundes Epidermisinselchen, f = Korium mit Schweißdrüsen.

von einer Ichthyosis vulgaris in mancher Hinsicht unterscheidet, so z. B. durch den Beginn im ersten Lebensjahr, die Beteiligung des Gesichts, der Gelenkbeugen, die Bildung von Hautrissen und Hauteinschnürungen, endlich durch das Vorkommen von Ektropium. Wenn wir aber im Auge behalten, daß sich diese Erscheinungen dank halbjähriger Behandlung in unserem Fall bedeutend abschwächten und das Ektropium, wie die Einschnürungen total schwanden, fragt man sich unwillkürlich, sind das genügend gravierende Momente, um diese Ichthyosisform ganz von der Ichthyosis vulgaris abzutrennen und sie als selbständige Krankheit hinzustellen? Riecke nennt neben den oben angegebenen Gründen, die aber meiner Ansicht nicht genügen, weil sie in meinem Fall schließlich

Digitized by Google

schwanden, noch folgende: Fehlen der Vererbung bei der Ichthyosis foetalis, Gedeihen der damit Behafteten nur unter sehr abnormen Verhältnissen, Einfluß des Allgemeinbefindens auf den Krankheitsprozeß bei der Ichthyosis foetalis. Es ist richtig, daß eine direkte Vererbung von Eltern auf Kinder in der Literatur nicht beschrieben ist. Das Vorkommen der Ichthyosis congenitalis bei zwei Geschwistern ist aber mehrfach beschrieben worden (CASPARY, SCHAMBERG, NICOLAS und MOULOT, MUCHA, HAUS, STEINER) und deutet doch auf Vererbung. Was den anderen Einwand RIECKES anbetrifft, daß die Fälle von Ichthyosis foetalis nur unter abnormen Verhältnissen gedeihen, so bezieht sich das zweifellos auf die exorbitanten, klassischen, aber nicht auf die leichteren Fälle, denn gleich den in der Literatur beschriebenen Fällen gedieh auch meine kleine Patientin unter nicht viel schwereren Verhältnissen, als Ichthyosiskranke überhaupt. Ebenso konnte ich nicht konstatieren, daß das Allgemeinbefinden, wie z. B. als sie an Influenza erkrankte, einen schädigenden Einfluß auf den ichthyotischen Prozeß hatte. Natürlich ist der Einwand denkbar, daß mein zweiter Fall, wie überhaupt alle am Leben bleibenden, leichteren, derartigen Fälle gar nicht zur Ichthyosis congenitalis, sondern zur Ichthyosis vulgaris gehören. Abgesehen aber davon, daß Abbildung und Beschreibung, wie ich glaube, den Leser überzeugen müssen, daß wir es mit einer Ichthyosis foetalis zu tun haben, stimmten auch die Teilnehmer an der Sitzung der Moskauer Venerologisch-dermatologischen Gesellschaft, denen der Fall am 14. Nov. 1920 von mir vorgestellt wurde, ohne Einwendung mit dieser Diagnose überein. Ebenso scheinen mir auch die von UNNA aufgestellten Beweise für eine Sonderstellung der Ichthyosis congenita doch nicht so unbedingt zwingende zu sein. Es ist zwar nicht zu leugnen, daß die lederartige Verdickung der Haut bei den Fällen von echter Ichthyosis anders aussieht, als diejenige bei der Ichthyosis vulgaris, aber in unserem zweiten Fall wurde die pergamentartige Haut unter der Behandlung weicher und als alle Hauterscheinungen schwanden, derjenigen bei Ichthyosis vulgaris ähnlich. Weiter sagt UNNA, daß die ichthyotischen Stellen stets trocken und schwer zum Schwitzen zu bringen sind, während bei der Hyperkeratosis congenita die Hidrose normal ist. Die Anidrose im Fall von CASPARY sieht UNNA als Ausnahme an. In meinem zweiten Fall erwies sich die Haut trocken, und als die Kleine wegen Influenza Aspirin erhielt, trat bei ihr nur in den Achselhöhlen eine sehr geringe Schweißbildung auf. Aber mit Recht sieht UNNA den histologischen Befund als das Hauptunterscheidungsargument an und nennt als Hauptcharakteristika der Ichthyosis congenita die diffuse Hypertrophie aller Deckepithelien und besonders eine übermäßige Ausbildung des Systems der Knäueldrüsen. Gewiß, wenn man das histologische Bild unseres ersten Falles mit demjenigen einer Ichthyosis vulgaris vergleicht, wie es der beifolgenden Abbildung 5, stammend von einem von uns beobachteten Falle von Ichthyosis simplex, entspricht, so ist die Ähnlichkeit zunächst anscheinend gering. Das Str. corneum ist im Vergleich zu den Hornmassen im ersten Fall nur in geringem Grade hypertrophiert, aber im Korium finden wir gleichfalls eine Vermehrung der Schweißdrüsen. Bedenken wir weiter das Übergangsbild unseres zweiten Falles, dann erscheinen einem die Unterschiede gar nicht mehr so überwältigend, wie

Digitized by Google

im ersten Augenblick, sondern nur graduell. Auch haben nicht alle Autoren die starke Vermehrung der Schweißdrüsen bei der Ichthyosis foetalis konstatiert, wie z. B. Haus. Kurz, trotz der anscheinend schwerwiegenden Gründe von Gassmann, Riecke, Unna u. a. für eine Abtrennung der Ichthyosis foetalis von der Ichthyosis vulgaris möchte ich mich doch der Ansicht Kaposis, Casparys, Bruhns, Méneaus u. a. anschließen, daß beide Krankheiten zusammengehören. Hiermit fällt auch die Frage der Selbständigkeit der Brocqschen Erythrodermie ichthyosiforme congénitale, zumal da, wie aus der Besprechung unseres zweiten Falles erinnerlich, bei demselben zeitweilige Rötungen vorkamen, und wie die Mutter angab, sogar bald nach Beginn des Leidens eine masernähnliche Rötung auftrat. Die Bläschenbildung, welche wir gelegentlich bei der Kleinen wahrnahmen, war einzig und allein auf Impetigobildung infolge Kratzens, da der Prozeß geringes Jucken verursachte, aufzufassen. Zum Schluß sei noch hervorgehoben, daß in meinem ersten Fall der Fötus von syphilitischen Eltern abstammte.

Literatur.

1. Brandweiner, Ref. nach Mh. f. pr. Derm., 1907, Bd. 44, S. 259. — 2. Brocq, Ann. de Derm., 1902, Nr. 1, S. 1. — 3. Bruhns, Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113, S. 187. — 4. Caspary, Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph., 1886, Bd. 18, S. 3. — 5. Gassmann, Histol. u. klin. Untersuchungen über Ichthyosis. Wien 1904. — 6. Haus, Ref. nach Mh. f. pr. Derm., 1902, Bd. 35, S. 42. — 7. Janovsky, Hyperkeratosen in Mraceks Handbuch für Hautkrankh. Wien 1904, Bd. 3, S. 1. — 8. Kaposi, Pathologie u. Therapie der Hautkrankheiten. Berlin 1899. — 9. Mendes da Costa cit. nach Bruhns. — 10. Méneau, Ann. de Derm., 1903, Nr. 2, S. 97. — 11. Mucha, Ref. nach Mh. f. pr. Derm., 1908, Bd. 47, S. 519. — 12. Nicolas u. Moulot, Ref. nach Derm. W., 1913, Bd. 57, S. 932. — 13. Riecke, Arch. f. Derm., 1900, Bd. 54, S. 289. — 14. Richter cit. nach Riecke. — 15. Schamberg, Ref. Arch. f. Derm., 1914, Bd. 117, S. 337. — Steiner, Ref. Mh. f. pr. Derm., 1906, Bd. 42, S. 185. — 17. Unna, Histopathologie, 1894, S. 1174.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des staatl. St. Lazarus-Spitals in Krakau (Primararzt: Doz. Dr. Franz Walter).

Ein Fall der Fox-Fordyceschen Krankheit.

Von

Priv.-Doz. Dr. Franz Walter.

Nur wenige Fälle der von Fox und J. Fordyce im Jahre 1902[1]) zuerst beschriebenen Hautkrankheit sind in der Fachliteratur veröffentlicht worden. Die Erkrankung tritt in Gestalt scharf zugespitzter Knötchen auf, welche in der Gegend der Geschlechtsteile, in den Achselhöhlen, manchmal auch um die Brustwarzen herum gelegen sind und starkes Jucken verursachen. Die beschriebenen Fälle betrafen meistens Mädchen und Frauen im Alter von 13—48 Jahren. Der Verlauf ist ungemein chronisch, irgend welche Behandlungsversuche führen weder zur Heilung noch zu einer merkbaren Besserung.

[1]) J. of cutan. dis., 1902.

Digitized by Google

Außer den zehn von Rasch und Kissmayer in ihrer diesbezüglichen Arbeit[1]) angeführten Fälle, beschreiben die Genannten zwei neue Fälle; in der französischen Literatur finden wir einen von Bloch und Burnier[2]) beobachteten Fall vor.

Der erste Fall von Rasch und Kissmayer betrifft eine 33jähr. Frau, bei welcher die Erkrankung seit 10 Jahren andauerte und in den Achselhöhlen, am Mons Veneris, an den äußeren Geschlechtsteilen, sowie in den letzten Jahren auch um die Brustwarzen herum lokalisiert war. Die Hautveränderungen in Gestalt brauner, spitzer um die Haarfollikel gelegener Knötchen waren von empfindlichem Jucken begleitet. Im zweiten Fall, bei einer 24jähr. Frau bestand die Erkrankung seit 4 Jahren mit ganz ähnlicher Lokalisation. Während der Menses und bei Affektstörungen wurden Verschlimmerungen beobachtet. Die Knötchen waren etwas weniger erhaben als in dem vorher erwähnten Fall, das Jucken jedoch besonders stark und trat in Anfällen auf. Die gynäkologische Untersuchung ergab perimetrische Veränderungen. Eine Behandlung mit Röntgenstrahlen verlief in beiden Fällen ergebnislos.

Histologisch wurde eine Hypertrophie der Epithelschicht und anormale Verhornung (Hyperkeratose und Parakeratose) festgestellt, zugleich mit bedeutender Akanthose. Besonders augenfällig war die Hypertrophie des Epithels an den Haarfollikel-, Talg- und Schweißdrüsenmündungen in Form von verhornten Epithelpfröpfen; in der eigentlichen Kutis war ein entzündliches Infiltrat in der Umgebung der Blutgefäße, Schweißdrüsenknäuel und Haarpapillen zu sehen; hier und da auch eine Degeneration der Schweißdrüsen.

Ein weiterer Fall wurde, wie erwähnt, von Burnier und Bloch der französischen dermatologischen Gesellschaft vorgestellt (11. III. 1920). Die stark juckenden Hautveränderungen waren bei einer 23jähr. Frau in den Achselhöhlen, am Mons Veneris und an den Schamlippen, sowie in der Nähe der Brustwarzen — vereinzelte Knötchen auch in der Nabelgegend — aufgetreten. Die Haut war in den Partien, wo sie die Unterlage für die spitzen, leicht durchscheinenden Knötchen bildete, dunkelbraun gefärbt. Es bestanden keinerlei Störungen der Schweißsekretion, im Blut wurde eine Eosinophilie geringen Grades vorgefunden. Im histologischen Bild stand eine Hypertrophie der Schweißdrüsen im Vordergrund. Die bedeutend erweiterten Schweißdrüsengänge waren mit einer formlosen Masse ausgefüllt, welche sich mit basischen Farbstoffen blau färbte. Das Drüsenepithel war etwas abgeplattet und deutlicher färbbar. In der Basalschicht des Epithels war eine größere Menge Pigment zu sehen; es bestand eine mittelmäßig entwickelte Akanthose, hauptsächlich um die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen. In der Kutis eine entzündliche Reaktion in der Umgebung der Blutgefäße und Drüsen mit Beimengung reichlicher Mastzellen.

Einen ähnlichen Fall hatte ich Gelegenheit auf meiner Abteilung im Jahre 1921 zu beobachten.

---

[1]) C. Rasch und B. Kissmayer, Zwei Fälle von Fox-Fordycescher Krankheit. Derm. Zschr., Bd. 29. — [2]) M. Burnier et H. M. Bloch, Papulo-dermite-prurigineuse des aisselles, du pubis et des seins avec dilatation kystique des glandes sudoripares. Bull. de la soc. franç. de derm., 1920, Nr. 3, S. 85.

Digitized by Google

J. Z., 15 Jahre alt, aufgenommen am 30. VI. 1921. P.-Z. 8096. Seit einem halben Jahre hat die Kranke das Auftreten stark juckender Knötchen in den Achselhöhlen beobachtet. Seit einigen Jahren besteht vermehrte Schweißabsonderung in den Achselhöhlen. Wurde mit verschiedenen äußerlichen Mitteln ergebnislos behandelt.

Die klinische Untersuchung ergibt symmetrisch in beiden Achselhöhlen verteilte, etwas durchscheinende Knötchen von Hanfkorngröße, mit einer unbedeutenden Vertiefung in der Mitte. Die Unterlage, braun gefärbt, bildet eine rechteckige Fläche und ist vom M. serratus, deltoides und pectoralis begrenzt. Die ganze Oberfläche ist rauh und fast vollständig haarlos, nur vereinzelt sind Haarreste erhalten. An der Haut des Brustkorbes besteht Pityriasis versicolor. Tuberkulinproben (subkutan sowie nach Pirquet und Mantoux) verliefen negativ, ebenso Seroreaktionen von Wassermann und Sachs-Georgi. Veränderungen an den inneren Organen und am Nervensystem sind nicht nachweisbar, der Harn enthält keine pathologischen Bestandteile.

Die histologische Untersuchung eines mit Knötchen behafteten Hautausschnittes ergibt nach seiner Fixierung in Alkohol und Müllerscher Flüssigkeit, Einbettung in Zelloidin und Färbung nach verschiedenen Methoden folgendes Bild:

Das Epithel, insbesondere in den mittleren Partien der Knötchen verdickt, verhält sich stellenweise außer dem Bereich der Knötchen normal. Die stellenweise verdickten und hypertrophischen Epithelleisten reichen in die Tiefe der Kutis hinab, insbesondere in der Umgebung der Schweißdrüsen und Haarbalgmündungen. Die Hornschicht ist um die Haarbälge herum verdickt, die Mündung der Haarbälge und Schweißdrüsen sind vertieft und mit Hornpfröpfen, stellenweise auch mit einer größeren Anzahl abgestoßener Epithel- und Exsudatzellen ausgefüllt. Abnormale Verhornung (Parakeratose) — wie bei Rasch und Kissmayer — haben wir nicht beobachtet. Die ganz normale Körnerschicht (Stratum granulosum) war in der Nähe der Haarbälge aus 4—5 Zellagen zusammengesetzt. Die Stachelschicht (Stratum spinosum), stark ausgebildet, wies — insbesondere in der mittleren Lage — große, unregelmäßige, blaß färbbare Zellen auf; in manchen diesen Zellen waren freie, kreisförmig um die Kerne gelegene Räume zu sehen. In der mittleren Lage waren die Zwischenräume zwischen den einzelnen Zellen etwas breiter. In den unteren Lagen waren die Zellen kleiner, enger aneinander gelagert und färbten sich intensiver. In der Gegend der Haarbalgmündungen war die Hypertrophie der Stachelzellenschicht stärker ausgesprochen.

Die Basalzellenschicht enthielt eine bedeutende Menge Pigment, welches sogar in den untersten Stachelzellen zu finden war.

In der eigentlichen Kutis sahen wir ein in der Papillarschicht gelagertes Infiltrat, welches um die Blutgefäße herum in Gestalt länglicher oder ovaler Züge — je nach dem Durchschnitt der Gefäße — gruppiert war. Außerdem waren auch verstreute, voneinander abgesonderte Infiltratherde zu sehen. Das Infiltrat war ebenso auch in der nächsten Umgebung der Schweißdrüsenknäuel und Gänge sowie der Haarbälge angehäuft.

Es bestand aus einer großen Anzahl länglicher Zellen mit spindelförmigen Kernen, aus Rundzellen mit einem schmalen Protoplasmasaum und aus spärlichen Plasmazellen. Mastzellen fehlten. Um die Blutgefäße herum, im Infiltrat selbst und außerhalb des Infiltrats befanden sich sternförmige mit Pigment ausgefüllte Zellen von unregelmäßiger Gestalt.

Digitized by Google

Die verbreiterten Haarbälge waren mit verhorntem Epithel ausgefüllt. Die Schweißdrüsen waren zahlreich, stellenweise verbreitert, sonst aber normal; ihre Ausführungsgänge etwas breiter, mit formlosen Massen ausgefüllt, welche sich blaßblau färben ließen. Im Drüsenendothel ließ sich keine Abweichung von der Norm nachweisen. Ebenso waren kollagene und elastische Fasern normal.

Fox und Fordyce zählten diese Erkrankung zur Brocqschen Gruppe der névrodermites chroniques circonscrites. Sie betrachten sie jedoch mit Rücksicht auf die besondere Lokalisation, das klinische Aussehen und das histologische Bild als eine besondere Hautkrankheit. Es werden hierbei von den angeführten Autoren übereinstimmend glänzende, leicht durchscheinende, manchmal bräunliche, stecknadelkopf- oder hanfkorngroße, linear gruppierte Knötchen mit einer Einbuchtung an der Spitze beschrieben; an den erkrankten Hautflächen fehlt der Haarwuchs. Die Lokalisation ist ungemein charakteristisch, und zwar: Achselhöhlen, Mons Veneris, Brustwarzen, manchmal auch Nabelgegend. Dabei tritt meist anfallweise starkes Jucken auf. Sämtliche Behandlungsversuche versagen. Die histologische Untersuchung stellt in der Hauptsache hypertrophische Veränderungen des Epithels, meist um die Schweißdrüsen- und Haarbalgmündungen, sowie in der Kutis um Blutgefäße herum gelegene Infiltrate fest.

Das von den französischen Autoren beschriebene Bild weicht von dem obigen etwas ab; außer den aufgezählten Veränderungen beobachteten Bloch und Burnier eine Vermehrung der Zahl der Schweißdrüsen mit verbreiterten Mündungen und in Häufchen zusammengedrängt, sowie eine Vermehrung der Drüsengänge von 50—200 in einem Gesichtsfelde. Manche dieser Gänge waren ampullenartig erweitert bis zu ganz bedeutendem Ausmaß, andere normal und mit formlosen, basisch mit metachromatischem Farbenton färbbaren Massen ausgefüllt. Das Endothel der verbreiterten Drüsen war etwas höher, das Endothel der erweiterten Gänge war abgeplattet und derart intensiv färbbar, daß sich die Kerne schwer erkennen ließen. In den nicht erweiterten Gängen war das Endothel normal. Über die Bedeutung dieser Veränderungen in den Schweißdrüsen — ob sie nämlich primärer oder sekundärer Art sind — fällen die genannten kein entscheidendes Urteil.

In meinen Präparaten ist wirklich stellenweise eine Vermehrung der Schweißdrüsen und Gänge bemerkenswert; sie sind sogar erweitert; doch vermag ich dies nicht als pathologisch anzusehen. Die Schweißdrüsen sind doch auch in normalen Verhältnissen in der Achselhöhlengegend zahlreicher und im Gegensatz zu den Schweißdrüsen anderer Hautpartien verästelt[1]). Der Ausführungsgang verläuft hier nach Verlassen den eigentlichen Drüse nicht geradlinig wie sonst, sondern weist sehr zahlreiche Krümmungen[2]) auf. Das Lumen der Drüse und ihres Ausführungsganges ist von der sekretorischen Tätigkeit der Drüse abhängig. In der Achselhöhlengegend sind auch große Drüsen, welche bis tief in das Unterhautgewebe reichen und sich schon makroskopisch von den Schweiß-

[1]) Szymonowicz, Lehrbuch der Histologie und mikroskopischen Anatomie. — [2]) Ehrmann und Fick, Einführung in das mikroskopische Studium der normalen und kranken Haut.

Digitized by Google

drüsen der Haut unterscheiden lassen, anzutreffen[1]). Im Verlaufe der Schwangerschaft können sie eine bedeutende Vergrößerung erfahren[2]). Das histologische Bild im Falle von Bloch und Burnier — gekennzeichnet durch eine große Anzahl von Schweißdrüsen und erweiterten Ausführungsgängen — ist also mit großer Wahrscheinlichkeit als normal und durch die gesteigerte Drüsenfunktion hervorgerufen anzusehen. Die Pathogenese des Leidens ist nicht geklärt. Fox und Fordyce neigen dazu, ihre Fälle der Gruppe névrodermite chronique circonscrite hinzuzuzählen, weisen ihnen jedoch mit Rücksicht auf die angeführten Merkmale einen besonderen Platz an. Die primäre Ursache soll das Jucken sein; durch das Kratzen gelangen Mikroorganismen in die Haarfollikel und Schweißdrüsen. Es kommt zu einer Reizung der Drüsen und Steigerung ihrer Tätigkeit, was wiederum eine Mazeration des Epithels und weiteres Jucken hervorruft.

Bloch und Burnier meinen auch, daß das klinische und histologische Bild — vor allem die Veränderungen der Schweißdrüsen — zur Ausscheidung dieses Leidens aus der Gruppe der Brocqschen Nevrodermites führen werden. Die Erkrankung tritt hauptsächlich bei Frauen auf, und zwar bei Orientalen oder bei nervös überempfindlichen Personen.

Brocq[3]) selbst zählt das Leiden zur Gruppe „Prurit circonscrit avec lichénification", und zwar zur Unterabteilung „Dermatoses concomitantes". Er sagt: „Nous en avous vu plusieurs cas que nous avons considérés comme étant des prurits circonscrits avec un certain degré de lichénification compliqués d'une hyperplasie des glandes sudoripares" (S. 673).

Die besprochene Erkrankung ist m. E. nicht als eine besondere Einheit anzusehen mit Rücksicht auf das Fehlen spezifischer, klinischer und anatomisch-pathologischer Merkmale. Es sind nur besondere anatomische Verhältnisse, welche ein etwas abweichendes klinisches Bild verursachen, wie bereits Jadassohn geurteilt hat: „Besonders in den Achselhöhlen kommen aus lauter isolierten ganz blassen follikulären spitz- oder flachpapulösen Effloreszenzen zusammengesetzte Lichen-Vidal-Herde vor[4])".

Kritische Bemerkungen zum Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten[5]).

Von

Prof. Ernst Delbanco in Hamburg.

Der vielbesprochene Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist in den ersten Wochen des Mai an den Ausschuß für Bevölkerungspolitik zur endgültigen Beratung gelangt. Mit großen Erwartungen hat man von verschiedenen Seiten diesem Gesetz entgegengesehen, hoffte man doch, durch eine neuzeitliche Regelung des Prostitutionswesens, die endlich mit dem veralteten System der Reglementierung aufräumen

[1]) Talke, Über die großen Drüsen der Achselhöhlenhaut des Menschen. Arch. f. mikrosk. Anat., 1902, Bd. 61. — [2]) Waelsch, Über Veränderungen der Achselschweißdrüsen während der Gravidität. Arch. f. Derm., Bd. 114. — [3]) Brocq, Précis-Atlas de pratique dermatolog, 1921. — [4]) Darier-Jadassohn, Grundriß der Dermatologie.
[5]) Vgl. Hamburger W. f. Ärzte, 1922, Nr. 18.

Digitized by Google

sollte, auch den Kampf gegen die venerischen Seuchen auf breiterer Basis führen zu können. Der Gesetzentwurf hält sich im wesentlichen an die norwegische Gesetzgebung. Er stellt die wissentliche oder fahrlässige Ansteckung unter Strafe (bei Ehegatten und Verlobten nur auf Antrag), er gibt dem Staat das Recht, krankheitsverdächtige Individuen zu einer Untersuchung zu veranlassen. Wichtig ist, daß solche Personen auf Antrag des untersuchenden Arztes angehalten werden können, wiederholt derartige Gesundheitszeugnisse beizubringen. Sogar Zwangsmaßnahmen sind unter Umständen anwendbar. Viel umstritten ist die Frage des Meldezwanges gewesen. Der Gesetzentwurf sieht eine beschränkte Meldepflicht vor, d. h. es wird dem Arzt die Verpflichtung auferlegt, solche geschlechtskranke Patienten der staatlichen Gesundheitsbehörde zu melden, welche sich der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung entziehen, oder welche andere infolge ihres Berufes und ihrer persönlichen Verhältnisse besonders gefährden. Bedauerlich ist es, daß hier keine Strafbestimmungen festgesetzt sind für denjenigen Arzt, der dieser Bestimmung nicht nachkommt. Im schwedischen Gesetz sind solche Strafbestimmungen vorgesehen. Von besonderer Bedeutung ist der Behandlungszwang für alle Personen, die an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leiden, sowie das Verbot der Behandlung solcher Erkrankungen durch andere Personen als im deutschen Reich approbierte Ärzte (Kurpfuschereiverbot). Das Gesetz verpflichtet die Ärzte, ihre Patienten über die Ansteckungsgefahr der betr. Krankheiten sowie über die Strafbarkeit der fahrlässigen oder wissentlichen Übertragung derselben aufzuklären. Es ist hier nicht der Raum, auf alle die strittigen Fragen einzugehen, welche das Gesetz enthält. Nur auf den Absatz soll noch besonders eingegangen werden, in welchem sich Differenzen zwischen Regierungsvorlage und Reichsratsbeschluß ergeben haben. Es ist der § 13,3 des Gesetzentwurfes, welcher sich mit der Umänderung des § 361,6 des RStGB. befaßte[1]).

Es stehen sich da die folgenden beiden Fassungen gegenüber:

Regierungsvorlage:

§ 361,6 wird durch folgende Bestimmung ersetzt: wer öffentlich in einer Sitte und Anstand verletzenden Weise zur Unzucht auffordert oder sich dazu anbietet (wird bestraft).

Beschluß des Reichsrates:

Im § 361 wird die Nummer 6 durch folgende Bestimmung erestzt:

6. wer gewerbsmäßig Unzucht treibt und die zur Überwachung der gewerbsmäßigen Unzucht erlassenen Bestimmungen übertritt;

6a. wer öffentlich in einer Sitte und Anstand verletzenden Weise zur Unzucht auffordert oder sich dazu anbietet, wird bestraft.

Was zeigt diese Differenz zwischen den beiden gesetzgebenden Körperschaften? Sie zeigt mit einer fast entmutigenden Gewißheit, daß alle Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte über die Unzulänglichkeit und Unbrauchbarkeit der Reglementierung nicht vermocht haben, die einheitliche, durch nichts zu erschütternde Überzeugung in allen Volkskreisen wachzurufen, daß sie fallen muß, und zwar endgültig, nicht nur dem Wortlaut nach, sondern in ihrem ganzen Sinn. Die Urheber des Reichsratsbeschlusses werden wahrscheinlich mit dem Einwand kommen: es handelt sich durchaus nicht mehr um eine Reglementierung, denn es wird kein Unterschied mehr gemacht zwischen denjenigen Mädchen, die, „ohne einer polizeilichen Kontrolle unterstellt zu sein", gewerbsmäßig Unzucht treiben und denjenigen, die unter polizeilicher Kontrolle stehen. Dieser Einwand ist völlig hinfällig, denn wenn das Gesetz wieder das Wort „gewerbsmäßig unzuchttreibend" in sich aufnimmt, so liegt schon allein darin die Reglementierung begründet, und besonders noch dann, wenn von polizeilichen Vorschriften die Rede ist, denen sich die Mädchen zu fügen haben. Reglementierung bedeutet einen Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten nur bei weiblichen Kranken, Reglementierung bedeutet eine ungerechte Haltung des Staates gegen Mann und Frau angesichts der gleichen Handlung.

---

[1]) Der § 361,6 RStGB. lautet: Mit Haft wird bestraft: eine Weibsperson, welche wegen gewerbsmäßiger Unzucht einer polizeilichen Aufsicht unterstellt ist, wenn sie den in dieser Hinsicht zur Sicherung der Gesundheit, der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes erlassenen polizeilichen Vorschriften zuwiderhandelt, oder welche ohne einer polizeilichen Aufsicht unterstellt zu sein, gewerbsmäßig Unzucht treibt.

Digitized by Google

Liegt denn im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten der Schwerpunkt in der Frage, ob die Frau für den Verkehr durch den Mann bezahlt wurde? Liegt er nicht vielmehr im gewohnheitsmäßigen Wechsel des Geschlechtsverkehrs, der von der Frage der Bezahlung gänzlich unabhängig sein kann?

Die energischen Kämpfer für die Reglementierung bewegen sich in einem grundsätzlichen Irrtum. Der hygienische Wert der Präventivkontrolle — vor allem bei den jugendlichen und gangbarsten Prostituierten — ist gleich Null; diese Präventivkontrolle nützt nicht nur nichts, sie ist sogar schädlich, weil sie den Mann in Sicherheit wiegt und ihn zum verantwortungslosen Verkehr verleitet. Der Stand der modernen medizinischen Forschung, die doch über den in seinem Fach hervorragend befähigten Engel-Reimers hinausgehen mußte, hat hier das entscheidende Wort gesprochen. Das mit frischer Syphilis aufgegriffene Mädchen wird im Krankenhaus oberflächlich gereinigt, durchaus nicht geheilt; unter Kontrolle gestellt, wird es zu einer offiziellen Ansteckungsquelle.

Zu den Gegnern der Reglementierung gehören heute die besten medizinischen Autoritäten, der Abolitionismus hat längst aufgehört, Sache idealistischer Frauen zu sein. Gerade wer auf dem Boden der Tatsachen steht, muß sich abwenden von dem bisherigen in jeder Beziehung grausamen und unhaltbaren System. Bedauerlich ist, daß der neue Gesetzentwurf nicht ebenso, wie er auch die Einrichtung von Beratungsstellen vorschreibt, auch die Schaffung von Pflegeämtern fordert, wie das in den Beschlüssen der Preußischen Landesversammlung vom Januar 1920 bereits zum Ausdruck gekommen war. Die Pflegeämter haben die Aufgabe, sittlich gefährdeten Personen den Weg in ein sicheres geordnetes soziales Leben zu ebnen und sie so lange zu stützen, bis sie sich wieder allein zu halten vermögen. Sie leisten damit auch vom gesundheitlichen Standpunkt aus eine eminent wichtige vorbeugende Arbeit. Kranke Personen werden von dieser Stelle aus zur regelmäßigen Behandlung angehalten, ihre Familienverhältnisse werden geprüft, und es wird durch Rat und Aufklärung darauf hingewirkt, daß Ansteckung durch Angehörige usw. möglichst vermieden wird. Diese sozialfürsorgerische und sozialhygienische Arbeit ist im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten unentbehrlich, und das Fehlen einer entsprechenden gesetzlichen Bestimmung ist eine empfindliche Lücke.

Das Wichtigste des Gesetzes ist und bleibt die Frage der Reglementierung, und wir begleiten die letzten Verhandlungen mit der Hoffnung, daß es doch gelingen möge, sie endlich aus einer Welt zu schaffen, in die sie längst nicht mehr hineingehört. Aber das eine muß zum Schluß noch gesagt werden, wichtiger als alle gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen ist der Geist, in dem sie zur Ausführung gelangen, und diesen Geist in der richtigen Weise zu beeinflussen, muß für die nächste Zeit eine der brennendsten Aufgaben aller einsichtigen Ärzte sein[1]).

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

1921, Bd. 15, Heft 7.

Über den Einfluß der Röntgen- und Quarzlichtstrahlen auf einige Erkrankungen der Sexualorgane, von Fritz M. Meyer-Berlin. Auf spezifische Erkrankungen hat die Strahlenbehandlung keinen Einfluß. Dagegen wirken Röntgenstrahlen günstig auf Condylomata acuminata, Bubonen, Induratio penis plastica, Prostatahypertrophie, Nebenhodentuberkulose, Tumoren der Blase, insbesondere Papillome. Quarzlicht ist anzuwenden bei Alopecia specifica, Ulcus cruris specificum, Ulcus molle phagedaenicum; selbstverständlich darf die spezifische Behandlung nicht vernachlässigt werden.

Zur Diagnose der Ureter-Vaginalfisteln, von Hans Gallus-Pleschner-Wien. Der Autor injiziert zur Feststellung der rechten oder linken Seite einer Fistel direkt in den Ureter, als Ergänzung aller diagnostischen Hilfsmittel, eine unschädliche Farblösung.

---

[1]) Die Kollegen, die sich in das schwierige Gebiet hineinfinden wollen, verweise ich auf das grundlegende Werk von Flexner, „Die Prostitution in Europa". Fiebigs Verlag, Berlin 1922.

Digitized by Google

Über Harnsteinoperationen und deren Indikationen, von B. v. Rihmer-Budapest. Verf. berichtet über seine Operationstechnik: Sectio alta nach Lufteinblasen — 100 ccm nach Freilegung der Blase — ohne Narkose. Im Kapitel der Lithotripsie referiert er nur über die Technik der schwereren Fälle. Von Narkose wird abgesehen — die Resultate sind besser. Bei hohem Blasenschnitt besteht die Möglichkeit der Fistelbildung, bei der Lithotripsie die häufigen Rezidive, besonders wo Prostatahypertrophie besteht, die Stauung und Zystitis verursacht. Kontraindikationen sind: sehr großer, harter Stein, kleine Blase, schwere Zystitis, Pyelitis, Nephritis. Lithotomie mit Prostatektomie sind auf Fälle zu beschränken, in welchen schon inkomplete Retention vorhanden ist. Die Urethralsteinoperation ist die Urethrotomia externa am Bulbus, wobei man mit einem gekröpften Messer den Sphincter ext. nach unten durchschneidet. Nephrektomie wird ausgeführt bei Steinnieren oder Pyonephrosen, Nierentuberkulose. Nach Pyelotomie und Nephrotomie wird, wenn die Niere ptotisch ist, die Nephropexie gemacht. Die Gefahr der Nephrotomie ist die späte Nachblutung. Die Pyelotomie wird in jedem Fall von Nierenbeckensteinen gemacht.

Gonorrhoische Infektion einer durch anormale Gefäße verursachten hydronephrotischen Niere: Nephrektomie, von Dósza-Budapest. Die nur auf die eine Niere eingewirkte Krankheitsursache war der in der rechten Niere sich stauende Urin oder der durch die Stauung verursachte Locus minoris resistentiae.

Beiträge zur Methodik der Harnröhrenplastik, von Ernst Pfeiffer-Budapest. Bei mit Harnröhrennaht durchgeführten Operationen ist es im allgemeinen üblich, einen Verweilkatheter einzulegen. Verf. führt die dadurch entstehenden Nachteile auf, will bei diesen Operationen davon Abstand nehmen und stellt sich auf den Standpunkt der künstlichen Ableitung ein. Die perineale Ableitung verwirft Verf. wegen der Gefahren und Beschwerden. Er macht die Zystostomie gleichzeitig aus therapeutischen Gründen hauptsächlich der Infektion wegen, um erst dann, wenn die Infektion aufgehört hat, die Harnröhrenoperation vorzunehmen. Bei akuten Fällen, bei Rupturen, wo von einer Infektion keine Rede ist, wird umgekehrt erst die Naht und dann die Zystostomie ausgeführt. An Krankengeschichten wird die Operationsmethode illustriert.

1921, Bd. 15, H. 9.

Über innere männliche Genitalmißbildungen bei einseitiger Nierenaplasie, von Brack-Hamburg. Bei einem tuberkulösen Mann fehlte die rechte Niere, der rechte Ureter, die rechte Samenblase und der rechte Samenleiter bis zum Nebenhoden hin. Auf der linken Seite keine Besonderheiten. Der rechte Hoden war gleich dem linken. Der rechte Nebenhoden im Schwanz atrophisch, sonst war der übrige Bau normal. Ätiologisch fällt diese Mißbildung auf die erste fötale Entwicklung zurück. Im rechten atrophischen Nebenhoden großer Pigmentgehalt.

1921, Bd. 15, H. 10.

Die Röntgenuntersuchung der Blase in seitlicher Richtung, von M. Sgalitzer und Th. Heryntschak-Wien. Es besteht die Möglichkeit, die kontrastgefüllte Harnblase durch das ganze knöcherne Becken hindurch in rein seitlicher Richtung röntgenologisch zur Darstellung zu bringen. Die diastolische Blase hat bei dieser Aufnahmerichtung bei Füllung bis 50 ccm die Gestalt eines gleichschenkligen Dreiecks mit geringer Höhe und kopfwärts gerichteter Basis. Bei stärkerer Füllung flacht sich der vordere Dreieckswinkel ab. Nicht das Orificium internum urethrae, sondern der der Basis des Dreiecks gegenüberliegende Winkel stellt den tiefsten Anteil der Blase dar; das Orificium internum ist oberhalb und hinter der Blasenbucht gelegen. Die Darstellung der Blase in seitlicher Richtung bietet auch die Möglichkeit, die Urethra in ihrem ganzen Verlaufe darzustellen und ihre Krümmung am Lebenden festzuhalten.

Ein Fall von Doppelmißbildung der Ureteren, von Erik Brattström-Helsingborg. Die zystoskopische Untersuchung ergibt auf beiden Seiten zwei Ureterenwülste, aus denen der Harn hervorsprudelt. Der Uretherenkatheterismus gelang bei dem zweiten rechten Ureter vollständig, während auf der linken Seite der Katheter bei dem zweiten Ureter nur bis 2 cm geführt wurde. Die Operation bot auf beiden Seiten ein fast gleichmäßiges Bild. Während der eine Ureter in das Nierenbecken geht, taucht der andere überflüssige in das Nierenparenchym ein. Auf der rechten Seite wurde außerdem eine kräftige Arterie festgestellt, an welcher der eine der beiden Ureteren aufgehängt war und infolgedessen der Patientin Schmerzen verursachte. Die Patientin wird als geheilt entlassen.

Digitized by Google

Zur Prognose des Peniskarzinoms, von W. Peters-Bonn. Der Verf. tritt für ausgiebige Ausräumung aller metastatischen Drüsen, selbst solcher, die nicht sichtbar mitbefallen sind, ein.

Degenerative Nephrose als Ursache der sog. „idiopathischen renalen Neuralgie", von Arnold Heymann-Düsseldorf. Verf. hat 10 Fälle von sog. idiopathischer renaler Neuralgie durch eine tiefe Inzision bis ins Nierenbecken behandelt und sie dauernd von ihren enormen Schmerzen, die sich besonders auf einer Niere lokalisieren und den Charakter einer Nierensteinkolik tragen, befreit. Diese Diagnose wurde bisher mangels eines greifbaren Symptomenkomplexes gestellt. Der Harn ist frei von pathologischen Bestandteilen, ohne Trübung. Das Röntgenbild ist negativ. Die funktionelle Nierenprüfung läßt meist im Stich. Die mikroskopische Untersuchung ergibt einen ernsten Degenerationsprozeß des Nierenepithels in den gewundenen Harnkanälchen. Der Verf. schlägt im Gegensatz zu dem sonst als Nephrose bezeichneten Krankheitsbilde den Namen Nephrosis dolorosa vor.

Zur Frage der Fehlerquellen beim Harnleiterkatheterismus, von H. Borning-haus-Halle. Bei nicht sondiertem Ureter wird die Möglichkeit einer rückläufigen Bewegung zugegeben, im allgemeinen sehr selten dagegen ist die Sondierung geeignet, diese rückläufige Bewegung zu unterstützen, insbesondere zumal bei ungeschickter Handhabung und Instrumenthaltung des Katheters der schräge Ureterverlauf in der Blase zu einem mehr geraden gemacht wird und damit die natürlichen Sicherungen ausgeschaltet werden, was bei einem lege artis ausgeführten Katheterismus kaum möglich ist.

Fall von Vesica bipartita, nebst Bemerkungen zur Pathogenese und Therapie der Divertikelblase, von G. Praetorius-Hannover. Unter Vesica bipartita versteht man eine besondere Abart von Divertikelbildung der Blase, bei der äußerlich die Kontur einer normalen Blase im wesentlichen erhalten ist, während eine innere sagittale Scheidewand den Hohlraum der Blase in zwei symmetrische Hälften teilt. Hierbei kann die Situierung der Ureteren verschieden sein. Es kann in jede Kammer ein Ureter münden, oder überzählige vorhanden sein. In dem vom Autor mitgeteilten Falle waren zwei Ureteren, die beide in die rechte Blasenhöhle münden. Beide Teile kommunizierten durch eine kleine Öffnung, die Harnröhre stand mit der rechten Hälfte in Verbindung. Es bestehen Retentions- und Infektionssymptome. Um die letzteren zu heben, glaubt der Verf. in der Durchtrennung des Divertikelsphinkters ein sicheres Heilmittel gefunden zu haben. Jedenfalls hatte er bei vier operierten Fällen den gewünschten Erfolg. Gleichzeitig wurde die Retention beseitigt.

1921, Bd. 15, H. 11.

Die „Pneumoradiographie des Nierenlagers", ein neues Verfahren zur radiographischen Darstellung der Nieren und ihrer Nachbarorgane (Nebenniere, Milz, Leber), von Paul Rosenstein-Berlin. Der Verf. gibt im Anschluß an die mehrfach angegebenen Methoden ein neues weniger gefährliches Verfahren der Pneumoradiographie an, das dazu dient, durch extraperitoneale Einblasung geringer Sauerstoffmengen einen Gasmantel um die Nieren zu legen und so die Möglichkeit zu schaffen, das Organ in allen seinen Umrissen vor dem Durchleuchtungsschirm und im Röntgenbild zu studieren. In Höhe des ersten Lendenwirbels, ungefähr 5 cm lateral bis zu dem Rande der sich durch eine Furche deutlich abhebenden langen Rückenmuskulatur, spritzt Verf. 5—6 cm in der Tiefe das Gas ein. Nach Ansicht des Verf. ist die Methode sehr einfach. Die Pneumoradiographie gibt Aufklärung, ob beide Nieren oder nur eine vorhanden, man kann demnach mit Sicherheit eine vorhandene Niere radiologisch zur Anschauung bringen, gibt Aufklärung über die Größenverhältnisse beider Nieren, ob Steinleiden vorliegt, über allgemeine Verlagerungen und Formveränderungen der Niere, Tumoren sind deutlich erkennbar, insbesondere über differentialdiagnostisch schwierige Tumoren der Nierengegend. Aber auch die intraperitonealen Nachbarorgane gelangen im Bilde zur Darstellung. Im übrigen dürfen die anderen notwendigen urologischen Untersuchungsmethoden nicht außer acht gelassen werden.

Die Pyonephrose im Röntgenbild, von Mosenthal-Berlin. Die Pyelographie läßt nicht nur die vorhandene Erweiterung der Nierenhohlräume, sondern auch den ätiologischen Faktor für die Entstehung der Pyonephrose erkennen. Verf. wendet als Kontrastmittel Jodlithium 20—25% an. Die ätiologisch verschiedenen Hydro- resp. Pyonephrosen geben im Röntgenbild charakteristische Bilder; insbesondere die primäre Hydronephrose

Digitized by Google

mit sekundärer Infektion, primär entzündliche Prozesse der Niere oder des Harnleiters, die tuberkulöse Pyonephrose.

Pyelitis, Pyelonephritis, Pyonephrose, von E. Wossidlo-Berlin. Ein Vortrag des Autors, dessen reiche Erfahrungen uns ein genaues Bild der Diagnose und Therapie geben. Für ein Referat nicht geeignet.

Die Behandlung der männlichen Impotenz, von Orlowski-Berlin. Bei Ejakulationsschwäche — Ejacolatio praecox — ist die Kaustik des Kollikulus angebracht (kave Hodenentzündung). Die Erfolge befriedigend. Bei Verminderung der Libido Kali per. 0,1—0,25 und Phosphor 0,01:10 Spiritus, und den anderen üblichen Behandlungsarten.

1921, Bd. 15, H. 12.

Zur Frage der Pyelographie (zugleich Erwiderung auf die gleichnamige Arbeit Barreaus), von G. Praetorius-Hannover. Verf. verteidigt den Wert des Pyelons gegenüber den Angriffen Barreaus und den von vielen anderen Seiten als schädlich empfundenen Kontrastmittels.

Über Pyelon (eine Erwiderung auf vorhergehende Arbeit), von Barreau. Barreau bleibt bei seinen Schlußfolgerungen.

Nephropexie bei anormalen und pathologischen Nieren, von S. P. Fedorow-Petersburg. Der bekannte Autor berichtet über seine Erfahrungen mit der Nephropexie, die ihm bei Nephroptose, Hufeisenniere, kongenital distopierte Nieren, zystöser Nierendegeneration sehr gute Erfolge brachten.

1922, Bd. 16, H. 1.

Ein primäres Melanosarkom des Penis, von W. Peters-Bonn. Verf. beschreibt obiges Bild, das zu den größten Seltenheiten gehört und in der Literatur wenig beschrieben ist. Pat. ging an ausgedehnten Metastasen im Unterleib zugrunde.

Eine neue Methode von aseptischen Ureterenkatheterismus bei infizierter Blase, von M. Klika-Preßburg. Verf. verwendet ein Zystoskop mit einem breiten Einführungskanal, außerdem zwei Katheter: ein etwa 32 cm langer Ureterkatheter Nr. 7—8 mit äußerer trichterförmiger Öffnung, dessen innere Spitze zentral offen ist, ferner ein gewöhnlicher Ureterkatheter Nr. 4 mit nicht ganz zur Spitze eingeführten Metallmandrin. Hierzu dient folgende Vorbereitung: Das vesikale Ende des Katheters Nr. 7 wird in eine dicke Gummilösung getaucht. Hierdurch bildet sich an der vesikalen Öffnung eine dünne Gummimembran. In diesen Katheter führt man einen sterilisierten Katheter bis fast an die Spitze. Der äußere Katheter dringt nur 1—2 cm tief in den Ureter ein, während der innere Katheter beim weiteren Fortstoßen die Gummimembran durchstößt. So ist der zweite innere Katheter mit der Blase in keine Berührung gekommen.

Die Form der Harnblase bei verschiedenen Körperlagen, von Th. Hryntschak und M. Sgalitzer-Wien. In der Röntgenuntersuchung der mit Jodkalilösung gefüllten Harnblase besitzen wir ein einfaches Mittel, die Form der Blase am Lebenden jederzeit festzustellen. Über seine Versuche sagt der Verf.: Die Form der diastolischen Harnblase wird nicht allein oder zum mindesten nicht hauptsächlich bestimmt durch den Tonus ihrer muskulären Wandung. Von größter Bedeutung für ihre Gestalt sind vielmehr die individuell verschiedenen, anatom sich begründeten Einflüsse der Nachbarorgane, sowie der Druck, der von der in ihr enthaltenen Flüssigkeitsmenge vermöge ihrer Schwerkraft auf die Blasenwände ausgeübt wird. Durch Röntgendarstellung der Blase in verschiedenen Projektionsrichtungen und in verschiedenen Körperlagen wird bewiesen, daß ihre Gestalt in hohem Grade von der jeweiligen Körperlage abhängig ist, wobei sich die in der Blase enthaltene Flüssigkeitsmenge als ein die Form in weitgehendem Maße mitbestimmender Faktor erweist.

Die Orchitis Bilharzica, von E. Pfister-Dresden. Die Erkrankung kann auf verschiedene Weise entstehen, durch direktes Einwandern oder embolische Verschleppung der Eier in das Parenchym der Hoden und Nebenhoden mit konservativer Entzündung unter dem Bilde der Pseudotuberkulose mit und ohne Fisteln und ferner durch Propagation von Entzündungserregern längs der Vasa deferentia.

Eine Änderung am Valentinschen Harnröhrenspiegel, von Augusto Cassuto-Rom. Durch eine Vergrößerung der Brennweite des optischen Systems gelingt es, kleine Instrumente, ohne das irgendwie die Augen sich vom Okular entfernen, einzuführen. Ein längeres urethroskopisches Rohr mit Mercierschem Endteil und mit seitlichem Durchblick gestattet auch die hintere Urethroskopie auszuführen.

Digitized by Google

1922, Bd. 16, H. 2.

Hämaturie und Appendizitis, von Alfons von der Becke-Buenos Aires. Bei einem Pat., der zwei Operationen — Nephrotomie und Freilegung der Gallenblase — über sich ergehen lassen mußte, weil er Schmerzen in der rechten Seite unterhalb des Rippenbogens und in der Blasengegend hatte und der Urin stark blutig war, wurde die Ursache aller dieser Symptome in einem entzündlichen Appendix gefunden, nach dessen Operation alle diese Erscheinungen schwanden. Verf. rät bei Hämaturie auch an Appendizitis zu denken.

Zur Klinik und Therapie der Nephrolithiasis, von S. P. Federoff-Petersburg. Wenn man — so schließt der Verf. — wegen Nephrolithiasis operieren muß, so muß die Operation der Wahl die Pyelolithotomie sein; reicht die Pyelotomie allein nicht aus, so ergänze ich sie durch möglichst kleine Schnitte ins Nierenparenchym. Die typische Nephrolithotomie bemühe ich mich so selten wie möglich anzuwenden und ziehe ihr stets die primäre Nephrektomie in denjenigen Fällen vor, wo Eiterung und ausgedehntere Atrophie des Nierengewebes besteht oder multiple, besonders Parenchymsteine vorliegen.

Sklerator: Vorrichtung zur Behandlung der männlichen Impotenz auf mechanischem Wege, von Ernst Schubert und M. Zolotnitzky-München. Verff. bringen einen neuen Apparat — sehr sinnreich gedacht — zur Hebung der Erektionsschwäche ohne Ejaculatio praecox. Er ist sehr einfach, aus einem Stück gearbeitet in drei Größen (Fabrikant?).

Schmerzende Nierennarben, von C. Hammesfahr-Magdeburg. Drei angeführte Krankengeschichten zeigen unzweideutig, daß erhebliche Nierenschmerzen und auch Koliken lediglich von Kapsel und Parenchym betreffenden Veränderungen ausgelöst werden können. Verf. empfiehlt in allen Fällen von Nierenschmerzen nach Trauma, auch bei negativem Untersuchungsbefund, möglichst frühzeitig die Niere freizulegen und je nach dem Befund die Narbenmassen durch Resektion oder Dekapsulation zu entfernen.

Zur Kasuistik der seltenen Erkrankungen der Harnblase (Purpura simpl. vesicae urin.), von P. Denicke-Kasan. Eine Patientin wird wegen Blasenhämaturie, die sonst keine Ursache erkennen läßt, zystoskopiert. Die Ureteröffnungen normal. Auf der sonst gesunden Schleimhaut der Harnblase sind rote Flecken zerstreut von der Größe eines Stecknadelkopfes und anderer größerer, Flohstichen ähnlich, insbesondere auf dem Fundus; keine Infiltrate, auch sonst keine Veränderungen der Schleimhaut; keine Zystitis. Therapie: Spülungen mit Argentum nitricum. Die Kranke wird mit klarem Harnbefund entlassen. Diagnose: Purpura simplex vesicae urinariae.

W. Chrzelitzer-Waldenburg (Schles.).

Bücherbesprechungen.

Über Urethritis protozoica und den Erreger der Prowazekschen Körperchen, von J. Thim-Wien VII. (Jos. Safar, Verlag Wien.) Die genaue mit besonderen Färbemethoden durchgeführte Untersuchung eines Falles von katarrhalischer Urethritis, bei dem sich Prowazeksche Einschlußkörperchen ohne Mischinfektion in Massen fanden, führten Verf. zu dem Schluß, daß es sich um einen von ihm entdeckten, selbständigen, vegetativen Parasiten handelt, der ein echter epithelialer Schleimhautschmarotzer ist. Diese Parasiten zerstören durch ihre Entwicklungsweise die Epithelzellen und erzeugen das klinische Bild einer katarrhalischen Urethritis, die eine reine Epitheliose ohne Eiterbildung ist. Letztere stammt stets von einer Mischinfektion. Ein Kulturverfahren, um den Erreger dieser Urethritis frei züchten zu können, fehlt bis jetzt noch. G. Assmann-Kiel.

Über psychosexuellen Infantilismus, eine Konstitutionsanomalie, von A. Kronfeld. Sexus, Bd. I. (Ernst Bircher, Leipzig 1921.) Unter dem Titel „Sexus" gibt Magnus Hirschfeld eine Reihe von Einzelschriften heraus, in denen die Ergebnisse der Forschungen im Institut für Sexualwissenschaft niedergelegt werden sollen. Das erste Heft behandelt den psychosexuellen Infantilismus. Ein kurzes Referat der eingehenden Arbeit ist nicht möglich, sie beschreibt dessen Erscheinungsformen und erörtert die Probleme seiner Pathogenese. Ein reichhaltiges, ausführlich erörtertes kasuistisches Material erläutert das Gesagte. Man sieht aus der Arbeit, wie oft psycho-

Digitized by Google

sexuell Infantile straffällig werden und wird mit dem Verf. zur Ansicht kommen, daß eine andere forensische Beurteilung solcher Delikte erforderlich ist. Die Behandlung des psychosexuellen Infantilismus ist größtenteils noch Zukunftsmusik.

R. Frühwald-Leipzig.

Atlas der Syphilis, von L. v. Zumbusch-München (Verlag von F. C. W. Vogel-Leipzig, 1922.) Mit dem vorliegenden Atlas beabsichtigt der Verf. vor allem dem praktischen Arzt und dem Studierenden ein Werk in die Hand zu geben, daß ihn in der Diagnose und beim Studium durch die Anschaulichkeit der prachtvollen Uvachrombilder unterstützen soll. Soweit man dies überhaupt von einer rein bildmäßigen Darstellung erwarten kann, ist es dem Verf. mit dieser hier für ein medizinisches Werk zum ersten Male angewandten neuen Form der Farbenphotographie sicherlich geglückt. Die meisten Bilder sind sehr gut ausgewählt und geben naturgetreu in Farbe und auch plastisch die Erkrankungsformen wieder. Wenn das Werk auch dem Fachmann nichts Neues bieten kann, so ist es aber für diesen ein großer Genuß, in dem Atlas zu blättern. Dem Dozenten ist es sicherlich eine willkommene Unterstützung für den klinischen Unterricht, da die Bilder durch die gute Anschaulichkeit zur Projektion geschaffen erscheinen. Der knapp gefaßte, jedem Bilde beigefügte Text dürfte vollauf zur Erläuterung genügen. Sehr glücklich erscheint es, daß den klinischen Bildern Abbildungen der Spirochaeten und solche aus der pathologischen Anatomie der Lues beigefügt sind. Für eine kommende Neuauflage würde es sich vielleicht empfehlen, Bilder wie den abgeheilten Primäraffekt auf Taf. VII, an dem für den Nicht-Syphilidologen kaum noch etwas zu sehen ist, oder das Bild des wenig charakteristischen makulösen Exanthems (Taf. VIII) fortzulassen. Dagegen wäre recht wünschenswert, wenn ein gutes Bild einer spezifischen Angina noch beigefügt würde, ebenso wohl das der typischen Inguinaldrüsen beim Primäraffekt, desgleichen vermißt man eine Aufnahme der photographisch sehr gut darstellbaren aus ihrem Niveau ringförmig vorspringenden Präputialsklerosen. Gerade weil es ein Atlas der Syphilis ist, wäre zum Vergleich mit dem Primäraffekt für den Praktiker eine gute Vergleichsmöglichkeit ein Bild eines typischen Ulcus molle. Trotz dieser kleinen rein persönlich empfundenen Mängel stellt dies auch im Preise recht annehmbare, sehr gut ausgestattete Werk eine Bereicherung der syphilidologischen Literatur dar und ist ein Atlas, der nur aufs wärmste empfohlen werden kann. Erich Langer-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Bakteriologie, Serologie, Hämatologie usw.

Eine einfache Methode, gramnegative Organismen zu färben (A simple Method of Staining Gramnegative Organisms), von Ruth Tunnicliff-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 3, S. 191.) 3—4 Sekunden lange Färbung mit frisch bereiteter Karbolgentianaviolettlösung (1 Teil gesättigtes alkoholisches Gentianaviolett in 9 Teilen 5%igen Phenols, Abspülen mit Wasser, 3—4 Sekunden lang mit Lugolscher Lösung färben, wieder mit Wasser abspülen und trocknen. Es wird die Entfärbung mit 96%igem Alkohol gespart. F. Quasig-Hamburg.

Die quantitative Überlegenheit der Leuchtbildmethode nach Hoffmann gegenüber der Hellfeldbetrachtung von Tuberkelbazillen, von W. Zorn-Greifswald. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 1, S. 95—96.) Die Untersuchung gleich großer Flächen ergab, daß im Dunkelfeld mehr als doppelt so viel Tuberkelbazillen als bei Hellfeldbetrachtung gezählt wurden. Oft wurden noch im Dunkelfeld Tuberkelbazillen nachgewiesen, wenn die Betrachtung im Hellfeld negativ verlaufen war. F. Harry-Berlin.

Über die Benennung des Bacillus crassus Lipschütz, seine Stellung im System und Allgemeines über Nomenklatur und Systematik, von E. Löwi-Wien. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 1, S. 1—5.) Der von Lipschütz 1912 als Erreger des Ulcus vulvae acutum gefundene Bazillus ist mit dem von Döderlein 1892 beschriebenen „Scheidenbazillus" identisch. Döderlein hat es jedoch unterlassen, den Bazillus zu benennen, daher kommt ihm die von Lipschütz vorgeschlagene Bezeichnung „Bacillus crassus" zu. Verf. bedauert, daß die Einteilung der Bakterien nach phylogenetischen Grundsätzen sich in der Bakteriologie noch nicht durchgesetzt hat. Indem er der Einteilung nach Hueppe folgt und die von Orla Jensen gemachten Vorschläge berück-

Digitized by Google

sichtigt, den Gattungsnamen mit einem ein wichtiges Merkmal bezeichnenden Bestimmungswert zu verbinden, schlägt er den Namen „Plokamobakterium" vor.
F. Harry-Berlin.

Zur Reinkultivierung der pathogenen Schimmelpilze, von Henrik Egyedi-Amsterdam. (Zbl. f. Bakt., I. Abt. Orig., Bd. 87, H. 7/8, S. 562—264.) Die Trichophyton- und Favuspilze unterscheiden sich in ihrem Tiefenwachstum. Bei seitlicher Betrachtung der Schiefagarkulturen gegen das Licht erscheinen erstere als schwach sichtbare, schmale, strahlenförmige Gebilde, die immer geradlinigen Verlauf zeigen. Ihre Ausbreitung entspricht dem Durchmesser der Oberflächenkultur. Der Favus dagegen ist im ganzen Verlauf, besonders am Ende gut sichtbar, stark gewunden und mehr ausgebreitet als die Oberflächenkolonie. Verf. benutzt das Tiefenwachstum der Pilze zu ihrer Isolierung, indem er kreisförmig das Kulturröhrchen mit dem Diamanten ritzt, das Glas entfernt und mit einem scharfen Instrument den Agar von der nichtinfizierten Fläche des Nährbodens in der Höhe der Kolonie abschneidet. Nun trennt man die infizierte Oberfläche von der Unterlage ab, wodurch man die tiefe, reine Agarschicht mit den darin gelegenen Schimmelpilzwurzeln freibekommt, befreit von Mitparasiten. F. Harry-Berlin.

Untersuchungen über Superinfektion, von Bruno Lange, Inst. Rob. Koch Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1921, Bd. 94, H. 2—3, S. 135—151.) Verf. will neues Tatsachenmaterial zu dem von Morgenroth aufgeworfenen Problem der Superinfektion bringen. Bei der Hühnercholera des Meerschweinchens fand sich eine starke Immunität nicht vor etwa 3 Wochen nach der Erstinfektion. Auch bei Versuchen mit Mäusetyphus und Gärtnerinfektion war der Schutz infizierter Tiere gegen Superinfektion relativ gering, oft gut ausgeprägt dagegen bei der Strepto- und Pneumokokkeninfektion des Kaninchens. Ob der hohe Grad des Impfschutzes, den hierbei einzelne Kaninchen zeigten, gesetzmäßig ist, will Verf. nicht entscheiden. Auch die Frage nach den Ursachen dieser Immunitätserscheinungen läßt L. offen. (Ebenso ist Verf. auf die bekannten Arbeiten Kuczynskis und Wolffs nicht eingegangen, die für die Beurteilung des gesamten Komplexes der von Morgenroth aufgerollten Fragen sehr wesentlich sind. D. Ref.) F. Jacobsohn-Berlin.

Die Verwendung der trockenen Hitze bei der Herstellung von Vakzinen, von S. Chiba-Keijo. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 1, S. 79—92.) Die 24stündige Erhitzung im Trockenschrank von 55° C von Vakzinen hat viele Vorzüge vor der $1^1/_2$stündigen Erhitzung im Wasserbad von 60° C, wie experimentelle Untersuchungen mit Typhus-, Cholera- und Dysenterievakzinen zeigen. Weitere Versuche mit Koli- und Gonokokkenvakzin lassen annehmen, daß die trockene Hitze auch für die therapeutische Wirkung vorteilhaft ist. F. Harry-Berlin.

Über die Verwendung von Salzen und Zucker zur Herstellung von Typhustrockenvakzin, von S. Chiba-Keijo. (Zbl. f. Bakt., Bd. 88, H. 1, S. 76—79.) 0,1 g Typhusbakterien werden mit 1 ccm 10%iger Lösung von Chlorkalzium oder Natriumzitrat gemischt und 2 Stunden lang bei 55° im Trockenschrank gehalten und dann im Exsikkator 1 Tag lang getrocknet. Im Exsikkator befinden sich noch wasserentziehende Mittel, wie $CaCl_2$ oder H_2SO_4. Die antigenen Eigenschaften nahmen 2 Jahre lang nicht ab. Für Agglutination eignet sich die Herstellung von Zucker-Trockenvakzin. 1,0 g Bakterien und 3 ccm einer 10%igen Zuckerlösung bleiben einige Tage bei Zimmertemperatur stehen und werden dann im Exsikkator getrocknet. Die beschriebenen Methoden eignen sich auch für die Herstellung von Trockenvakzin bei anderen Bakterien.
F. Harry-Berlin.

Über die Hämolyse durch Quecksilber und Quecksilberverbindungen, von H. Bechhold. (Arbeiten aus dem Inst. f. exper. Therapie und dem Georg Speyer-Hause in Frankfurt a. M., 1920, H. 11, S. 27.) Parallel mit der irreversiblen Koagulation der Blutkörperchen in höheren Sublimatkonzentrationen geht die irreversible Ausfällung der eiweißartigen (Hämoglobin-) Bestandteile durch Sublimat. Wird die Sublimatkonzentration so weit erniedrigt, daß Hämoglobin oder Serum nicht mehr gefällt wird, so tritt Hämolyse ein. Für die irreversible Koagulation ist nur das Quecksilber-Ion verantwortlich. Nur ionisierte Hg-Verbindungen bewirken eine irreversible Koagulation. Diese nimmt ab oder zu mit der geringeren oder stärkeren Ionisation der untersuchten (meist organischen) Hg-Verbindungen. Erniedrigt man die Ionisation des Quecksilberchlorids durch Zusatz von NaCl (womit automatisch die Konzentration der Quecksilbermolekelen steigt), so wird auch die Zone der irreversiblen Koagulation verkleinert. Wahrscheinlich sind für die Hämolyse die Molekeln der Hg-Verbindungen verantwortlich. Der strikte Beweis hierfür fehlt, da es keine vollkommene ionisierte Hg-Verbindungen gibt.

Digitized by Google

Auch metallisches Hg und Hg-Oxyd hämolysieren Blutkörperchen. Da Hg in Wasser unlöslich, durch Vermittlung von Lipoiden etwas löslich ist, so muß die Hämolyse durch Vermittlung der Lipoide der Blutkörperchen erfolgen. Bei der irreversiblen Koagulation durch Sublimat wird Quecksilber gebunden. Und die absolute Menge des Hg (nicht seine Konzentration) ist für die Koagulation maßgebend, sie ist ihr proportional. Bei der Hämolyse gilt das gleiche Gesetz, doch ist hier die Funktion eine kompliziertere. Bei Gegenwart von Albumin und Cholesterin, sowie Cholesterin + Lezithin wird das Sublimat von den Blutkörperchen abgelenkt und der hämolytischen Wirkung entzogen. Die Grenze der hämolytischen Wirkung, der Giftwirkung auf den Frosch und der Wirkung auf die Geschmacksempfindung beim Menschen liegen auf gleicher Konzentrationsstufe (1 : 150000). Wahrscheinlich löst das Sublimat durch Vermittlung der Lipoidkomponente die drei verschiedenen Wirkungen aus. Auch beim Warmblüter steigt die akute Giftigkeit mit dem Wachsen der hämolytischen Komponente des $HgCl_2$. Auch hier übt übt wahrscheinlich die durch die Lipoide vermittelte Wirkung der Hg-Molekeln die toxische Wirkung aus. E. Delbanco-Hamburg.

Kolloidstudien über den Bau der roten Blutkörperchen und über Hämolyse. I. Sublimathärtung und Sublimathämolyse, von H. Bechhold und W. Kraus. (Biochem. Zschr., Bd. 109, S. 226.) Sublimat ist in der Oberfläche der Scheiben löslich, dringt ins Innere vor, ruft nach seiner Konzentration verschiedene Erscheinungen hervor. Bei hoher werden die eiweißartigen Bestandteile sofort gefällt: grobe Strukturen; Gebiet der irreversiblen Fällungszone. Den Übergang zur hämolytischen Zone bilden feinkörnige Ausflockungen mit geringer Brownscher Bewegung (Übergangszone). In der hämolytischen Zone wirkt das $HgCl_2$ nicht mehr fällend, sondern entquellend. Ein blasenförmiges Gebilde zieht sich vom Rande zurück, kontrahiert sich, was nur möglich ist, wenn die Flüssigkeit herausgepreßt wird. Das bei der Beobachtung immer kleiner werdende Gebilde erreicht am Schluß die Größe eines im Innern der Scheibe tanzenden Kügelchens. Dieses hat einen besonders starken Brechungskoeffizienten. Die lebhafte Bewegung spricht für ein flüssiges Medium, die Lösung muß aus anderen Gründen viskös sein. Die obige Kontraktion verträgt sich nicht mit der Annahme eines inneren festen Gerüstes. Auch ein sehr zartes Gerüst kann nicht vorliegen. Die Hämolyse geht in 3 Stufen vor sich: 1. Auflösung der $HgCl_2$ in der Oberfläche. 2. Kontraktion einer entweder bereits vorgebildeten oder sich erst durch die Einwirkung der $HgCl_2$ bildenden Blase an der Innenseite der Membran. Gleichzeitig mehr oder weniger vollkommene Auspressung des flüssigen Inhaltes einschließlich der Hämoglobinlösung. 3. Die flüssigen Bestandteile verlassen die Scheibe durch die verletzte Oberfläche unter Schlauch- und Blasenbildung. E. Delbanco-Hamburg.

Kolloidstudien über den Bau der roten Blutkörperchen und über Hämolyse. II. Ultramikroskopische Untersuchungen an Stromata, von Ernst Salén. (Biochem. Zschr., Bd. 110, H. 1—4, S. 176.) Nach Auslösung der lipoiden Bestandteile der Stromata (Lezithin, Cholesterin) bleibt ein feiner, faser- oder netzförmiger Ring; dieser Rückstand wird dahin verändert von eiweißfällender Ferrozyankalium-Essigsäurelösung, daß die Ringe schärfer und deutlicher hervortreten; die die Ringe bildende Masse erscheint dann als eine weiße feinkörnige Substanz. Weiter geht daraus hervor, daß der Rückstand durch Behandlung mit eiweißlösenden Fermenten (Pepsin, Trypsin) vollständig aufgelöst wird. Der fragliche Rückstand besteht demnach aus einem in Wasser und physiologischer Kochsalzlösung unlöslichen Proteid oder Nukleoproteid. Aus den ultramikroskopischen Beobachtungen geht weiter hervor, daß dieser Rückstand als ein sehr dünnes netzförmiges Gebilde erscheint; daß er durch Behandlung mit Ferrozyankalium-Essigsäure oder Alkohol sich zu einer schärfer sichtbar werdenden, heller, feinkörniger Masse verdichtet. Es ist also anzunehmen, daß die proteide Substanz der Stromata vor der Behandlung mit Eiweißfällungsmitteln sich in gequollenem Zustand befindet, welche keine sehr deutliche ultramikroskopische Wahrnehmung gestattet und erst durch die Entquellung zur Wahrnehmung gebracht wird. Damit klärt sich der Widerspruch zwischen mikroskopischer Beobachtung und chemischer Analyse. Die fibrinösen, $^2/_3$ der Stromata ausmachenden gequollenen Bestandteile können erst durch Entquellungsmittel sichtbar werden. E. Delbanco-Hamburg.

Untersuchungen über Blutgerinnung III. (Beitrag zum Hämophilieproblem), von Edgar Wöhlisch-Kiel. (M. m. W., 1921, Nr. 43, S. 1382.) Die Fibrinmenge und die osmotische Widerstandsfähigkeit der roten Blutscheiben des Blutes wie die gerinnungsbeschleunigende Kraft des hämophilen Serums sind normal. Der zeitliche Ablauf der Gerinnung ist stark verzögert. A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Der Wert der stalagmometrischen Quotienten für die Differentialdiagnose zwischen benignem und malignem Tumor, speziell des Magen-Darmkanals, von W. Schemensky-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1921, Nr. 50, S. 1622.) Ein sicheres Karzinom ist in den meisten Fällen durch diese Methode festzustellen; in der überwiegenden Anzahl der Fälle scheint man so auch die Differentialdiagnose, ob gutartige oder bösartige Geschwulst vorliegt, stellen zu können. A. v. Notthafft-München.

Eine einfache und schnelle Methode zur Bestimmung der Oberflächenspannung von sehr geringen Flüssigkeitsmengen, von R. Brinkmann und E. van Dam. (M. m. W., 1921, Nr. 48, S. 1550.) Im Original nachzulesen. A. v. Notthafft-München.

Eine überall ausführbare polychemische Urobilinreaktion, von Theodor Hausmann-Moskau. (M. m. W., 1921, Nr. 48, S. 1558.) Sämtliche Schwermetallsalze, organische und anorganische Säuren führen, wenn sie möglichst konzentriert dem Harn zugesetzt werden, das Urobiligen in Urobilin über, das dann mit Chloroform ausgeschüttelt werden kann. Die Farbenreaktion ist eine verschiedene; sie ist nicht spezifisch für das verwendete Reagens, sondern hängt von dem Zusammenspiel des Reagens mit dem im Sonderfall untersuchten Einzelharn ab. Die gelbe Nuance kann zu Verwechslungen Veranlassung geben. Die Verwendung derselben wird besprochen. A. v. Notthafft-München.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Die aus dem Studium über die chemische Blutbeschaffenheit bei Hautkrankheiten sich für dieselben ergebenden therapeutischen Richtlinien, von E. Pulay-Wien. (Kl. W., 1922, Nr. 9, S. 414.) Verf. bespricht die therapeutische Beeinflussung des Pruritus, des Ekzems und der Urtikaria auf Grund der von ihm erhobenen chemischen Blutbefunde. 1. Pruritus: Uratische und vagotonische Form nicht voneinander abtrennbar. Charakteristisch abendlicher Juckreiz beim Entkleiden und beim Eintritt in die Wärme. Therapie: Atophan-Atropinkur. Drei Tage Atophan oder Novatophan resp. Iriphan bis zu 3 g pro die die, letzten Tage der Woche Atropin in Pillen oder Tropfen. Pruritus durch hohe Blutzuckerwerte, günstig durch interne Salizyltherapie beeinflußbar, auch hier Heranziehung des Atropin. Nephrogener Pruritus: blande antinephritische Therapie. Neurogener Pruritus, kleinste Gruppe: systematische, hochdosierte Bromtherapie, eventuell kombiniert mit Pantopon. 2. Ekzem. In fast allen Fällen von der Norm abweichende chemische Blutbefunde. Meistens eine Urikämie oder Hyperglykämie. Hierbei in vielen Fällen große Bedeutung des Lichtes als auslösender Faktor. Bewährt Atophan, kombiniert mit Atropin, bei stark nässenden Formen Kalktherapie in hohen Dosen. Bei Hyperklykämie gute Erfolge mit Salizyl- und Hefebehandlung. Nebenher in entsprechend geeigneten Fällen Organtherapie. Bei den uratischen Formen, die ausgelöst oder kombiniert sind mit intestinalen Störungen, gute Erfolge mit Radiumbehandlung. 3. Urtikaria. In den meisten Fällen nicht herabgesetzte, wie immer angenommen wird, sondern erhöhte Kalkwerte. Chemische Analyse ergab meist Urikämie. Hyperklykämie und Cholesterinämie. Therapeutisch: Atophan, Natr. bicarb. Beim akuten Anfall Atropin. In manchen Fällen gute Resultate mit Antipyrin und Pantopon. Interne Verabreichung von Ichthyol empfehlenswert. Während Verf. von der Proteinkörpertherapie keine Erfolge sah, empfiehlt er die Kolloidtherapie, und zwar besonders den Aderlaß. E. Langer-Berlin.

Bemerkungen zur Frage der Proteinkörpertherapie, von Stern-Düsseldorf. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1922, H. 5, S. 134.) St. führt die Wirkung der Proteinkörpertherapie im wesentlichen auf zwei Momente zurück, erstens auf die Anregung zur Bildung bzw. zur Ausschwemmung vorhandener Leukozyten, und zweitens auf die lokale Anhäufung (Anlockung, Speicherung) der Leukozyten am Orte der Erkrankung. Beide Momente lassen sich in Form des künstlich erzeugten Entzündungsprozesses am Orte der Einspritzung (Impfquaddel usw.) und der zahlenmäßig nachweisbaren Leukozytenvermehrung nachprüfen und sind bei den verschiedensten Präparaten nachweisbar. Daneben mag nach Citron die „spezifische Funktion der Gewebe" in Frage kommen, die aber nicht sinnfällig beweisbar erscheint. St. plädiert auf Grund seiner Erfahrungen für kleine Dosen und kleinere Reize im Sinne einer Zellanregung mehr für die intrakutane Quaddelerzeugung als für die massiven intramuskulären Injektionen, und hat auch mit ersteren wesentlich bessere Erfolge. Auch öfteres Wechseln mit den Mitteln (Anpassung des, wenn auch nicht spezifischen, Reizes in qualitativer Hinsicht) kann er-

Digitized by Google

folgreich sein. Auch die Maßnahmen am Krankheitsherde müssen der erwünschten Leukozytenanlockerung angepaßt sein (z. B. Furunkel geschlossen lassen, keine Kälteapplikation, wo doch Hyperämie erwünscht ist, keine Fixation blennorrhoischer Gelenke usw.).
F. Hirsch-Ulm.

Über parenterale Behandlung mit unspezifischen Eiweißkörpern, von R. Stintzing-Jena. (D. m. W., 1922, Nr. 10, S. 311—312.) Kurze Besprechung der unspezifischen Eiweißkörperpräparate und ihrer Wirkung, Dosierung und des Indikationsgebietes. Die bisherigen Erfahrungen berechtigen noch zu keinem endgültigen Urteil. Es muß die Aufgabe weiterer Versuche sein festzustellen, ob, in welchen Fällen und durch welche Eiweißkörper Heilwirkung erzielt wird, und zwar unter bestimmten Voraussetzungen: 1. Genaue Beobachtung vor und nach der Injektion (Temperaturmessung usw.). 2. Anwendung kleiner Dosen im Beginn und Steigerung oder Verminderung je nach Lage des Falles. 3. Rechtzeitige Unterbrechung der Behandlung bei lange anhaltender Reaktion.
F. Harry-Berlin.

Zur Untersuchung der Arzneimittel, von P. Bohrisch-Dresden. (Pharm. Zentralh., 1922, H. 12, S. 165.) Kresolseifenlösung soll laut Arzneibuchvorschrift aus 50% Kresol und 50% Kaliseife bestehen. Nicht nur in der Kriegszeit — Seifenmangel! — sondern auch jetzt noch sind die käuflichen Kresolseifenlösungen nach des Verf. Untersuchungen meist seifenarm und demgemäß minderwertig. Verf. führt eine ganze Anzahl mehr oder weniger einfacher sogenannter Vorprüfungen zur Feststellung der vorschriftsmäßigen Zusammensetzung des Präparates an. Ein vorschriftsmäßiger Liquor cresoli saponatus ist dem von Arnold empfohlenen „Lysol" völlig gleichwertig.
Hirsch-Ulm.

Ziele und Wege der chemotherapeutischen Antisepsis, von J. Morgenroth-Berlin. (Kl. W., 1922, Nr. 8, S. 353.) Zu kurzer Besprechung nicht geeignet, muß im Original nachgelesen werden.
E. Langer-Berlin.

Über Oberflächen- und Tiefendesinfektion der Wunden und die Leistungsfähigkeit des Tiefenantiseptikums Vuzin, von Konrad Brunner und v. Gouzenbach-Zürich. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1922, Bd. 125, H. 2, S. 277—346.) Der Grundgedanke der Desinfektion bleibt immer die Tatsache, daß man sich nicht nur an die Bazillen zu halten hat, sondern auch an ihre Giftwirkung und den Zusammenhang der Bazillen mit den Stoffwechselprodukten. Was das Vuzin anlangt, so kann nach den Erfahrungen der Verff. die Vuzinlösung die gefährlichen Infektionen mit Erd- und Staubanärobiersporen weder verhüten noch überwinden. Einer abtötenden Wirkung können die Verff. nicht zustimmen, mindestens aber nicht in der bisher üblichen Lösung von 1:10000. Auch die Tiefeninfiltration hat nicht den gewünschten Erfolg, wenn nicht gleichzeitig ein Hineinwachsen der Keime von der Oberfläche aus verhütet wird. Dieses letztere erreichten die Verff. durch Mechanotherapie und 5%ige Jodalkohollösung. Bei den durch Granatsplitter in die Tiefe hineingebrachten Keimen war nicht das Vuzin, sondern die Gewebsexzision das Heilsame. Auf keinen Fall ist Vuzin das ideale Desinfektionsmittel.
W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Brom für Jod. (Pharmaz. Zentralh., Jahrg. 63, H. 13, S. 180.) Jod kann durch Brom, das bedeutend billiger ist und einen wesentlich höheren bakteriziden Wert besitzt, in Mischungen von geringem Prozentgehalt (2%) besonders für chirurgische Zwecke ersetzt werden. Jedoch wird bei Mischungen von Brom mit hochprozentigem Alkohol der bakterizide Wert durch Bildung von Substitutionsprodukten beeinträchtigt. In der Lugolschen Lösung zu therapeutischen Zwecken, ebenso in öligen und salbenförmigen Mischungen läßt sich Jod durch Brom ersetzen.
G. Assmann-Kiel.

Über Tonerdepräparate, von H. Kionka-Jena. (Kl. W., 1922, Nr. 9, S. 508.) Das beste Präparat von den eingeführten Mitteln ist die essigsaure Tonerde, der an Desinfektionskraft das Algal in 10%iger Lösung gleichkommt. Aus diesem ist ein weiteres anfangs sehr starkes, dann langsam abschwächendes aber langanhaltendes Desinfektionsmittel, das Lavatal, hergestellt. Wegen der trockenen und gut haltbaren Form, in der die beiden Präparate in den Handel kommen und wegen ihrer nicht nenneswerten Giftwirkung und ihrer Reizlosigkeit sind sie warm zu empfehlen.
E. Langer-Berlin.

Klare Lösungen von Zinkchlorid, von Peacock. (Schweiz. Apoth.-Ztg., 1921, Nr. 59, S. 405, referiert in Pharm. Zentralh., 1922, H. 12, S. 172.) Durch Zusatz der gleichen Menge Borsäure wird Zinkchloridlösung klar. Ebenso wirkt Beimischung von Ammoniumchlorid zur Chlorzinklösung im Verhältnis 1:5. Auch kohlensäurehaltiges Wasser ist verwendbar, wobei allerdings nach Aufhören der Kohlensäurebildung Oxychloridbildung eintritt.
Hirsch-Ulm.

Digitized by Google

Zur Klinik und Pathogenese der Kollargolintoxikation beim Menschen, von F. Herzog und A. Roscher, Med. Klinik, Greifswald. (Virch. Arch., 1922, Bd. 236, S. 361—379) Die bestehende Gefährlichkeit der häufig angewendeten intravenösen Kollargoltherapie sollen zwei von den Verff. beobachtete, sehr lesenswerte Fälle beweisen. Zwei sonst gesunde und kräftige Patientinnen erhielten wegen gleichzeitiger Lues und Blennorrhoe neben Hg- und Silber- bzw. Neosalsarsan Kollargol i. v. Es entwickelte sich ein schweres Krankheitsbild, das unter der Erscheinung einer Purpura haemorrhagica im ersten Falle rasch, im zweiten etwas langsamer zum Tode führte. Die in beiden Fällen sehr bemerkenswerten Blutbefunde wiesen auf eine Schädigung des Knochenmarkes hin und ließen im Falle 2 einen Übergang zur Aleukie Franks (Thrombopenie) erkennen, welche Annahme auch durch die Autopsie (rotes Knochenmark mit Nekrosen) bestätigt wurde. Histologisch wurden u. a. Schädigungen der Gefäßwände, besonders im Gehirn und Rückenmark nachgewiesen, sowie auffallende Speicherung des Kollargols im retikuloendothelialen System; Kollargol fand sich daneben frei in Gewebsspalten, zwischen den Leberzellen und in nekrotischen Zentren der Leberacini, in der Niere am reichlichsten in den Tub. contort. I. Ordnung an der Basalseite, ferner weniger häufig im übrigen Nierenepithel, in den Glomeruli oft in Klumpen, die an Embolie gemahnten. Auch außerhalb der blut- und lymphbereitenden Organe ließ sich Kollargol frei finden. Neben dieser Kollargolspeicherung reichliche schwere Nekrosen im Knochenmark, Leber, Milz, Niere und Lunge. Für die Entstehung der tödlichen Erkrankung machen Verff. das Salvarsan nicht verantwortlich, halten auch die Möglichkeit ungünstiger Wirkung der kombinierten Salvarsankollargoltherapie „für unwahrscheinlich"(!) unter der Begründung, daß gerade die Kombination von Salvarsan mit Silber in letzter Zeit sehr häufig angewendet wurde(!) und ähnliche Erscheinungen dabei nicht bekannt geworden sind. Im Tierexperiment sahen Verff. indessen bei salvarsanbehandelten Kaninchen größere Lebernekrosen als bei den ausschließlich mit Kollargol behandelten Tieren. Die Verff. weisen zum Schluß darauf hin, daß bei Verwendung größerer Dosen Kollargol größte Vorsicht am Platze ist. F. Jacobsohn-Berlin.

Chemotherapeutische Betrachtungen über drei- und fünfwertiges Arsenik. (Chemotherapeutic Considerations of Pentavalent and Trivalent Arsenic), von Jay Frank Schamberg, George W. Raiziss und John A. Kollmer-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 1922, Nr. 6, S. 402—404.) Die Verff. haben Versuche mit drei- und fünfwertigen Arsenverbindungen angestellt und sind zu folgenden Ergebnissen gekommen. Anorganische Arsenverbindungen sind hoch organotrop, sind dagegen aber von geringer Wirkung auf Trypanosomen und Spirochäten; das Umgekehrte trifft für die organischen Verbindungen zu. Dafür sind diese im allgemeinen weniger giftig. Ein Unterschied zwischen den drei- und fünfwertigen organischen Verbindungen betreffs der Toxizität besteht hierbei nicht. Dagegen ist die Wirkung auf Trypanosomen und Spirochäten in hohem Maße von der Wertigkeit der Arsenverbindungen abhängig, indem die dreiwertigen stärker wirken als die fünfwertigen, von den dreiwertigen wieder am meisten die „Arsin"-Verbindung (Aminohydroxyphenylarsin). Keine trypanozide Wirkung haben die „Nitro"-Verbindungen. Therapeutisch am besten wirkten die Arsenoverbindungen Arsphenamin und Neoarsphenamin, wobei das letztere dem ersteren noch überlegen ist. F. Quasig-Hamburg.

Über die Wirkung des Novasurols auf Blut und Diurese, von W. Nonnenbruch-Würzburg. (M. m. W., 1921, Nr. 40, S. 1282.) Das Novasurol hat in Dosen von 2,0 der 10%igen Lösung auch beim Gesunden eine stark wasser- und kochsalzausscheidende Wirkung, welcher derjenigen des Theophyllins gleicht und nach 10 bis 12 Stunden wieder vorüber ist. Da es aber auch bei dem durch kochsalzarme Vortage wasser- und kochsalzarm gemachten Organismus noch wirkt, so erweist es sich als stärkeres Diuretikum als das Theophyllin. Das Wesen der Wirkung besteht in der Mobilisierung des Kochsalzes und Wassers der Gewebe. Ob daneben eine spezifische Wirkung auf die Nieren vorhanden ist, kann vorläufig nicht entschieden werden. Im Blute ändern sich nur die Serumeiweißwerte, welche eine Steigerung erfahren. A. v. Notthafft-München.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

1. Juli 1922 | Nr. 26 | Band 74

Quellungs- und Entquellungserscheinungen in ihrer Bedeutung für die Pathologie der Haut.

Von

Dr. Erwin Pulay in Wien.

I. Mitteilung: Quellung und Entquellung der roten Blutkörperchen.

Der Wassergehalt.

Quellungserscheinungen wurden bisher in der Pathologie der Haut in keiner Weise berücksichtigt. Während ich in einer umfassenden Studie[1]) in großen Umrißen auf die Bedeutung von Quellungs- und Entquellungsphänomen für die Pathogenese der Dermatosen hingewiesen habe, so möchte ich in diesem Zusammenhang die Verhältnisse an den Blutkörperchen, und zwar vorerst den Wassergehalt uud seine Verschiebung von der Norm erörtern.

Der Wassergehalt des Blutes und ganz besonders der Blutkörperchen ist normalerweise ein außerordentlich konstanter. Unter pathologischen Bedingungen lassen sich sehr starke Abweichungen von der Norm beobachten und es kann zu einer Quellung resp. zu einer Entquellung der Blutkörperchen kommen, zu einer Verwässerung des Plasmas und zu einer Vermehrung desselben bei gleichbleibender Konzentration. Die Erforschung dieser Verhältnisse spielt bei den verschiedensten Dermatosen sicherlich eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Bei der Quellung handelt es sich um die Aufnahme von Dispersionsmitteln von seiten der Kolloide, ohne daß es hierbei zu Änderungen des Aggregatzustandes kommt.

Das Blut stellt ein heterogenes Kolloidsystem dar, in dem sich Plasma und Blutkörperchen im Gleichgewichtszustand erhalten. Nach Martin H. Fischer sind die Blutkörperchen ein Gemisch von lyophilen Emulsionskolloiden (Eiweiß, Lezithin und Cholesterin) und lyophoben Suspensionskolloiden: Hämoglobin. Das Plasma ist ein Kolloidgemisch von Eiweiß, Cholesterin und Lezithin.

Die normale Funktion eines Organs ist vom Wassergehalt desselben abhängig. Jedem Organkolloid kommt dabei eine bestimmte Quellbarkeit zu; die Quellungsbreite der Blutkörperchen ist physiologisch eine sehr geringe, demnach wird ein jeder Überschuß an Flüssigkeit teils in das Gewebe ausgeschieden. Jüngste Untersuchungen von M. Richter haben

[1]) Quellungs- und Entquellungserscheinungen in ihrer Bedeutung für pathologische Prozesse an der Haut. Zschr. f. ges. exper. Med. Bd. 25, H. 3/6.

Digitized by Google

neuerlich gezeigt, daß der Wassergehalt im Plasma und in den Blutkörperchen außerordentlich konstant ist und im Durchschnitt in 100 ccm 66 g beträgt. Dabei zeigen venöses und arterielles Blut den gleichen Quellungszustand. Venöse Stauung soll nach Angabe von Richter-Quittner zu einer Entquellung der Blutkörperchen führen.

Es wurde gezeigt, daß sowohl Elektrolyte (Natrium, Magnesium, Kalziumsalze) als auch Nichtelektrolyte (Harnstoff, Zucker) direkten Einfluß auf den Quellungszustand der Blutkörperchen nehmen. Während Natrium, Magnesium, Kalzium quellend wirken, verschieben Harnstoff, Zucker und Kalisalze das Gleichgewicht nach entquellender Richtung.

Es war nun nahegelegen, auch bei Hautkrankheiten im Quellungszustand der Blutkörperchen Abweichungen von der Norm zu erwarten. Es ist ja für die Pathogenese der Dermatosen charakteristisch, daß ein Teil derselben mit exquisit exsudativem, ein anderer mit mehr trockenem Charakter einhergeht. Von diesem Gesichtspunkt ausgehend, habe ich nun versucht, in einer Reihe von Fällen den Wassergehalt der Blutkörperchen zu bestimmen. Die erhobenen Blutbefunde können nur bei Berücksichtigung der Konzentrationsverhältnisse einen Wert haben, da Wasserverschiebungen beispielsweise normale Zuckerwerte usw. vortäuschen können.

Wenngleich die Zahl der von mir beobachteten Fälle eine sehr geringe ist, so zeigen die Befunde immerhin so viel Auffallendes und Bemerkenswertes, daß es mir richtig scheint, die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf diese Fragestellung zu lenken, da mir persönlich aus Mangel an Material die Möglichkeit leider derzeit benommen bleibt, die erhobenen Beobachtungen auf eine breite Basis zu stellen.

Es scheint mir, als würden sich von dieser Seite für manche Fragen in der Dermatosenlehre neue Problemstellungen ergeben.

Fall 1. Eczema impetiginosum. Der Wassergehalt im Gesamtblut beträgt 82,47%, im Serum 90,62%, im Blutkörperchen 66,66%. Es handelt sich um einen normalen Quellungszustand der Blutkörperchen. Aus dem übrigen Blutbefund sei der verminderte Kalziumjonengehalt und vermehrte Harnsäuregehalt betont. Auf das Verhältnis der einzelnen Bestandteile zueinander in Beziehung zum Wassergehalt soll in einer weiteren Mitteilung ausführlicher eingegangen werden.

Fall 2. In einem zweiten Falle von Impetigo findet sich der Wassergehalt im Gesamtblut 82,50%, im Serum 90,50%, in den Blutkörperchen 70,85%. Es handelt sich demnach um eine Quellung der Blutkörperchen, da der Wassergehalt derselben vermehrt ist. Im gleichen Fall sind Zucker und Kalziumgehalt vermehrt.

Fall 3. Universelles seborrhisches Ekzem. Wassergehalt im Gesamtblut 81,56%, im Serum 90,0%, in den Blutkörperchen 73,80%. Der Wassergehalt ist stark vermehrt, es handelt sich demnach um eine starke Quellung der Blutkörperchen. In diesem Falle sind der Gesamtcholesteringehalt und der Zuckergehalt stark vermehrt.

Fall 4. Chronische Ekzematose mit Impetigines. Der Wassergehalt im Gesamtblut 81,45%, im Serum 90,27%, in den Blutkörperchen 68,1%. Es handelt sich um eine leichte Quellung der Blutkörperchen.

Fall 5. Chronische Ekzematose mit Impetigo. Wassergehalt im Gesamtblut 81,59%, im Serum 90,34%, in den Blutkörperchen 68,47%. Es handelt sich um eine Quellung höheren Grades der Blutkörperchen.

Fall 6. Impetiginöses Ekzem. Wassergehalt des Gesamtblutes 80,46%, im Serum 90,57%, in den Blutkörperchen 61,69%. Es handelt sich um eine Entquellung der Blutkörperchen.

Fall 7. Bullöses Ekzem. Wassergehalt im Gesamtblut 81,57%, im Serum 90,34%, in den Blutkörperchen 68,42%. Die Blutkörperchen finden sich in einem Zustand der Quellung.

Digitized by Google

Fall 8. Psoriasis vulgaris universalis. Wassergehalt im Gesamtblut 81,47%, im Serum 90,84%, in den Blutkörperchen 68,78%. Es handelt sich um eine Quellung der Blutkörperchen.

Fall 9. Impetiginöses Ekzem mit Skabies. Dieser Fall zeigt eine enorme Entquellung der Blutkörperchen, und zwar beträgt der Wassergehalt im Gesamtblut 79,48%, im Serum 90,54% und in den Blutkörperchen 62,17%. In diesem Fall sind Gesamtcholesterin und Zucker stark vermehrt bei besonders starker Verminderung der Kalziumwerte.

Fall 10. Raynaudsche Gangrän (schwere Ulzerationen und Synkopen). Wasser im Gesamtblut 79,54%, im Serum 90,28%, auf die Blutkörperchen berechnet 51,2%. Also Entquellung der Blutkörperchen. Dabei Vermehrung von Rest N. und Kalk.

Fall 11. Erythema Mojocchi. Wasser im Gesamtblut 81,34%, Serum 90,56% und für die Blutkörperchen 70,32%. Demnach Quellung der Blutkörperchen.

Zusammenfassung[1]).

Überblicken wir die hier mitgeteilten Resultate, so zeigt es sich vor allem, daß wir Differenzen im Wassergehalt bei den verschiedenen Fällen feststellen können, indem neben normalen Quellungszuständen der Blutkörperchen Fälle von abnormer Entquellung und von starker Quellung der Blutkörperchen zu beobachten sind.

Eine Beziehung zwischen dem Charakter der Dermatose und dem Wassergehalt im Blut ließ sich bisher nicht herausarbeiten. So zeigt ein exquisit hyperkeratotischer Prozeß wie das seborrhoische Ekzem und die Psoriasis beträchtliche Quellung der Blutkörperchen. Es findet sich aber auch bei einer bullösen Ekzemform eine Quellung der Blutkörperchen, während wir bei einem Eczema impetiginosum beträchtliche Entquellung sehen können.

Trotzdem glaube ich, daß wir dem Wassergehalt im Blute unser besonderes Augenmerk werden zuwenden müssen, und daß es vielleicht möglich wird, bei Durchuntersuchung eines großen Materiales, auf diesem Wege einzelne Gruppen als zusammengehörig herausheben zu können. Es wäre immerhin vorstellbar, daß sich Keratosen von exsudativen Prozessen in puncto Wassergehalt voneinander unterscheiden werden. Meine diesbezüglichen Beobachtungen weisen noch insofern eine große Lücke auf, als ich bei den einzelnen Fällen mir bloß die Diagnose notierte, wie z. B. Eczema impetiginosum oder seborrhoisches Ekzem, ohne dabei dem konstitutionellen Status der Haut Rechnung zu tragen. So könnte das Ekzem eines Ichthyotikers, das mit Impetigines einhergeht, von einem Ekzem des Seborrhoikers und schließlich von einem Ekzem des Psoriatikers verschiedene Wasserwerte der Blutkörperchen aufweisen? Es könnte sich also um die gleiche dermatologische Manifestation handeln, und die Differenz wird bloß in der konstitutionell gegebenen Beschaffenheit der Haut gelegen sein.

Auf den Wassergehalt der Blutkörperchen werden aber das Vorhandensein resp. Fehlen von Nichtelektrolyten und Elektrolyten bestimmenden Einfluß nehmen, da wir ja wissen, daß dieselben spezifische Wirkung auf Quellungs- und Entquellungsprozesse ausüben.

In einer weiteren Mitteilung soll nun dieser Beziehung Rechnung getragen werden, indem zu zeigen sein wird, in welcher Relation die

[1]) Die eingehende Zusammenfassung im Hinblick auf die Pathogenese der Dermatosen behalte ich mir für den Schluß dieser Mitteilungen vor, da ich den aus denselben sich ergebenden Schlußfolgerungen nicht vorgreifen möchte.

Digitized by Google

übrigen Blutwerte zu Quellungs- resp. Entquellungserscheinungen zu stehen kommen. Vielleicht gelingt es, die einzelnen Prozesse durch die übrigen Ionenverhältnisse zu charakterisieren. Für diese Frage scheinen dem Kalzium und Kalium besondere Bedeutung zuzufallen, da das Kalium entquellenden, das Kalzium quellenden Einfluß auf die Blutkörperchen nehmen.

Da wir heute wissen, daß der Quellungszustand der Blutkörperchen weitgehend zu beeinflussen ist, so hätte, nachdem vorerst ein Zusammenhang zwischen Dermatose einerseits, Quellungszustand der Blutkörperchen andererseits systematisch herauszuarbeiten sein wird, vielleicht hier die experimentell-medikamentöse Therapie einzusetzen.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.

Nov. 1921, Nr. 11.

Bemerkungen zur Elephantiasis ano-rectalis (Note supplémentaire sur l'éléphantiasis ano-rectal [Syphilome ano rectal de Fournier]), von O. Jersild. Der Verf. hält die sog. ano-rektalen Syphilome nicht für luisch, sondern durch Lymphstauung hervorgerufen. Denn unter sieben beobachteten Fällen akquirierten fünf die Lues erst nach Auftreten der „Syphilome". Auch die blennorrhoische Ätiologie lehnt er ab.

Trichoklasis, Trichorrhexis und Trichoptilosis (Trichoclasies, Trichorrexies et Trichoptiloses), von R. Sabouraud. S. 445—453. Die Trichoklasis — gerades Abbrechen der Haare ohne vorherige Knötchenbildung —, die Trichorrhexis nodosa — maladie de la perle, wie die Friseure sie nennen, das Abbrechen der Haare an der Stelle des Knötchens, und die Trichoptilosis sind nach S. nicht infektiösen Ursprungs, sondern das Resultat langer Mißhandlung der Haare. Diese Mißhandlung geschieht durch den Gebrauch stark entfettender Seifen oder gar der noch stärker entfettenden Shampoone, durch Brennen, Wickeln, besonders durch Färben und Bleichen. Lange widerstehen die Haare und erhalten sich ihre Elastizität. Hat das Abbrechen aber erst einmal angefangen, so wird es durch die dagegen angewendeten Mittel mehr und mehr verschlimmert. Den Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauung sieht S. in der Tatsache, daß bei Kindern das Abbrechen nicht vorkommt, weil die genannten Schädlichkeiten noch gar nicht oder noch nicht lange genug eingewirkt haben, und ferner habe er ihn durch ein Experiment am eigenen Leibe erbracht. Er nahm täglich mehrmals starke Seifenwaschungen seines Schnurrbartes vor und nach 14 Tagen zeigten die Schnurrbarthaare alle Formen der Trichorrhexis, Klasis, Schisis. Nachdem der Schnurrbart abgeschnitten war und mit den Waschungen aufgehört wurde, wuchsen die Haare gesund wieder nach, ohne daß sie wieder abbrachen. Die Therapie besteht demnach auch einzig darin, die Haare oberhalb der Knötchen abzuschneiden und alle genannten Schädigungen zu unterlassen. Seifenwaschungen auch mit ganz milden Seifen sollen vermieden werden und statt dessen Eigelb zum Waschen verwendet werden.

Drei Fälle von Syphilis in einer Familie, alle drei kompliziert mit Iritis (Trois cas de syphilis dans une même famille, compliqués tous trois d'iritis secondaire précoce), von Escher. S. 454—459. Verf. berichtet über zwei Ehegatten und deren Schwiegermutter, die alle drei mit starken Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Haarausfall und Iritis erkrankten. Infektion nicht bekannt. Vorher wegen Rheumatismus behandelt.

Eine Aussaat von Sycosis simplex auf dem Boden einer alten Brandwunde und die günstige Beeinflussung durch Strepto-Staphylokokken-Vakzine (Une poussée de sycosis simple sur l'emplacement d'une ancienne brûlure par l'ypérite et de l'action favorable du vaccin streptostaphylococcique), von Grekenberg. S. 460—463. Das Wesentliche des Inhaltes gibt der Titel wieder.

Digitized by Google

Dez. 1921, Nr. 12.

Über einen Fall von multiplen erworbenen Angiomen am Skrotum (Sur un cas d'angiomes multiples acquis du scrotum [Angiokératomes avec hémorragies]), von J. Nicolas, G. Massia und D. Dupasquier. S. 481—488. Verff. teilen die Angiokeratome ein in 1. Angiokeratomata digitorum acroasphyctica (häufig!), 2. Angiokeratomata corporis naeviformia (selten!), a) diffus, b) zirkumskript, und berichtet über einen Fall der letzten Gruppe. 44jähr. Mann hat seit 4 Jahren eine große Anzahl kleiner Tumoren auf der rechten Skrotumhälfte von Stecknadelkopf- bis Hirsekorngröße, wenig verhärtet, nicht schmerzhaft. Das Zentrum dieser Tumoren ist eingesunken. Vorübergehend sind nach Angabe des Pat. ähnliche Tumoren an der Nasenwurzel und den Ohren aufgetreten. Heilung durch Exzision und Kauterisation. Histologisch: Entzündung der subpapillären Zone, zellige Infiltration und starke Vaskularisation. Phlebitis, bisweilen Venensteine. Keine Hyperkeratose. Bemerkenswert ist die einseitige Lokalisation und das Auftreten von Hämorrhagien nach geringsten Traumen.

Schwer diagnostizierbare Trichophytie der Haut (Trichophytie cutanée de diagnostic difficile), von Gravagna-Catania. S. 489—493. Bei einem 44jähr. Pferdehändler trat zuerst starkes Jucken am Nacken auf. Durch Kratzen kam er im Laufe von mehreren Monaten zu einer Verdickung der Oberhaut. Ein ähnlicher Herd entwickelte sich auf dem linken Handrücken. Das Klinische sprach in keiner Weise für Trichophytie, dagegen ließen sich kulturell Trichophytiepilze (T. violaceum) sowie mikroskopisch Pilzelemente nachweisen.

Nebenerscheinungen des Neosalvarsans. Versuche einer Einteilung und Vorbeugung (Les accidents produits par les novarsénobenzènes. Essais de classification et de prophylaxie), von Paul Ravaut. S. 494—513. Während im Jahre 1910 ein Todesfall auf 3000 Injektionen von Salvarsan kam, 1911 ein Todesfall auf 8700 Injektionen, 1912 ein Todesfall auf 18000 Injektionen, 1913 ein Todesfall auf 54000 Injektionen, konstatierte Verf. 1914 und 1915 auf 94762 keinen einzigen. Seit zwei Jahren benutzt der Verf. Neosalvarsan, gemischt mit Quecksilber, und erlebte bei 125234 Injektionen 1919—1921 nur einen Todesfall infolge Ikterus. Er unterscheidet 1. Unfälle infolge mangelhafter Technik, 2. Reaktionserscheinungen, verursacht durch die Syphilis selbst, und meint, daß bei jedem frischen Luiker, der noch nicht behandelt ist, Fieber die Regel sei. Er glaubt, daß die Herxheimersche Reaktion eine chemische Reaktion zwischen dem Medikament und dem betreffenden Gewebe darstellt.

Lichen simplex circumscriptus mit sackförmigen Hautabhebungen und Knotenbildung in der Umgebung der Gelenke (Lichen simple circonscrit avec décollements sacculaires cutanés et nodosités juxta-articulaires), von P. Noël. S. 514—516. Bericht über einen Fall von Lichen simplex bei einem 50jähr. Neger, der besonders in der Genitalgegend lokalisiert ist, sowie an der Innenseite der Oberschenkel. Außerdem befinden sich alte multiple Knoten bis zu Hühnereigröße über dem ganzen Körper, die nicht schmerzen. Ob ein Zusammenhang mit Lichen anzunehmen ist, läßt der Verf. unentschieden.

Ein Fall von Syphilis beider Ehegatten, der die Theorie von Levaditi und Marie zu bestätigen scheint (Un cas de syphilis conjugale paraissant confirmer la théorie de Levaditi et Marie), von Gilbert Piquet. S. 516—517. Ehefrau, Partus im achten Monat, starke Kopfschmerzen, mit Lueserscheinungen. WR ++++. Beim Ehemann Infektion ebenfalls unbekannt. Träge Pupillenreaktion, gesteigerte Reflexe. Bei beiden also Nervenlues. Verf. nimmt an, daß vielleicht derselbe Erreger sich bei beiden besonders im Nervensystem manifestierte. Besserung trat durch Neosalvarsan ein.

W. Patzschke-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Die Grenzen der chemotherapeutischen Leistungsfähigkeit von Arsenobenzolderivaten bei Schweinerotlauf, verglichen mit der Wirksamkeit des Schweinerotlaufserums, von W. Kolle und H. Schlossberger-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1921, Nr. 45, S. 1475.) 1. Die chemotherapeutische Prüfung von Chemikalien, namentlich von Farbstoffen und Arsenobenzolderivaten, die bei Trypanosomen- und Spirochäten-

Digitized by Google

infektion wirksam sind, ergab bei der experimentellen Schweinerotlauferkrankung der Mäuse bis auf einige Arsenobenzolderivate völlig negative Resultate. 2. Während die Salvarsane nur bei Grenzdosen lediglich vorübergehend gewisse Wirksamkeit zeigten gelang es durch Anwendung von mehr Aminogruppen enthaltenden Arsenobenzolderivaten sichere Heilwirkungen zu erzielen; bei Hexaminoarsenobenzol sogar durch einmalige Injektion. 3. Sobald nach intraperitonealer Infektion die Rotlaufbazillen im Blute erscheinen, erreicht man weder mit Serum noch mit Chemikalien mehr etwas. 4. Die Resultate in vivo und die in vitro sind gerade entgegengesetzt. Was dort wirkt, hemmt hier höchstens die Entwicklung und umgekehrt. 5. Der lebende Körper liefert also die wirksamen Körper. Es handelt sich um echte Chemotherapie.

A. v. Notthafft-München.

Studie über die diuretische Wirkungsweise von Quecksilber. Ausgeführt mit dem organischen Quecksilberpräparat Novasurol, von Adolf Mühling-München. (M. m. W., 1921, Nr. 45, S. 1447.) Schubweise Konzentrationserhöhung des NaCl im Urin. Folge: Langsame, aber deutlich merkbare Senkung des Blutkochsalzspiegels. Kurzdauernde Erhöhung der Refraktometerwerte im Serum, dann Sinken (Verdünnung des Blutserums). Nierenkranke mit starker Veränderung des tubulären Epithels reagieren nicht. Keine Beeinflussung der Konzentration von Harnsäure und Kreatinin. Größere Ausschwemmung entsprechend der vermehrten Diurese, oft erst nachträglich. Die Hg-Diurese ist Kochsalzdiurese; der Angriffspunkt ist die Niere. Gleichzeitig Nachschub von NaCl und Wasser aus den Geweben in die Blutbahn. Rasche Ausscheidung des Hg im Harn (daher fragliche antisyphilitische Wirkung des Novasurols), verlangsamte bei chronischem Nierenleiden (Gefahr der Hg-Vergiftung). Bei ikterischer Leberzirrhose Verschlimmerung des Ikterus, jedoch Schwund des Aszites. Glänzender Erfolg bei kardialen Ödemen.

A. v. Notthafft-München.

Erfahrungen mit Novasurol als Diuretikum, von Gg. Hubert-Nauheim. (M. m. W., 1921, Nr. 48, S. 1555.) 16 Fälle. Novasurol wirkt bei durch Herz- oder Nierenleiden entstandenen Ödemen besser als Digitalis und die Purinkörper. Die 24-stündige Urinmenge kann 3—7 l betragen. Die Harnflut beginnt etwa 1 Stunde nach der Einspritzung, erreicht nach 6—7 Stunden die Höhe und ist in der Regel nach 12 Stunden zu Ende. Wiederholung nicht vor 4, später erst nach 7 Tagen. Einzeldosis nicht über 1,5 ccm. Es soll erst angewandt werden, wenn Digitalis und die Purinkörper versagen. Bei mechanisch bedingten Wasseransammlungen (Aszites durch Leberkrankheit, Beinödeme bei Varizen) ist der Erfolg unsicher.

A. v. Notthafft-München.

Über die Wirkung des Novasurols als Diuretikum, von Fr. Brunn-Prag. (M. m. W., 1921, Nr. 48, S. 1554.) Versuche an Gesunden wie Erfahrungen am Krankenbett bestätigen die ausgezeichnete Wirkung des Novasurals auf die Diurese.

A. v. Notthafft-München.

Zur Oxyuriasisbehandlung, von Cramer-Berlin-Zehlendorf. (Klin. ther. Wschr., 1922, H. 1—2, S. 7.) C. empfiehlt zur Behandlung der Oxyuriasis die Carsalanzäpfchen, welche Naphthalin in Lösung und ein Knoblauchextrakt enthalten. Dreimal täglich ein mit Wasser angefeuchtetes Zäpfchen einführen; daneben innerlich Pulvis liquir. compos., in seltenen hartnäckigen Fällen Kalomel. Gute Erfahrungen bei etwa 40 Fällen, davon drei Viertel Kinder.

F. Hirsch-Ulm.

Zur intravenösen Injektion von Kampferöl, von Urtel-Pleß, O/Schl. (Klin. Wschr., 1922, Nr. 8, S. 371.) Verf. hat während des Krieges bei stark ausgebluteten Patienten mit Zusatz von Kampferöl — tropfenweise bis zu 1—5 g — zur intravenösen Kochsalzinfusion sehr günstige Erfolge erzielt.

E. Langer-Berlin.

Eine neue Salbengrundlage „Novitan", von Storber-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 10, S. 324.) Empfehlung des „Novitans", eines Gemisches von Kohlenwasserstoffen und Lanolin mit patentiertem Namen.

F. Harry-Berlin.

Creme-Simon. (Pharm. Monatsh., 1921, Bd. 2, S. 170; referiert Pharm. Zentralh., 1922, H. 12, S. 173.) Man kocht je 100 g Amylum tritici und Wasser mit 1300 g Glyzerin bis ein Kleisterbrei entsteht, dem man 0,5 g Gelose oder Traganth zusetzt. Dann mischt man 90 g gesiebtes Zinkoxyd hinzu und fügt noch bei: je 0,5 g Kumarin und Heliotropin, 0,1 g künstlichen Moschus, 0,25 g künstliches Rosenöl, 15 g Tonkabohnentinktur, 40 g Benzoetinktur und 40 g Quillajatinktur.

F. Hirsch-Ulm.

Kursus der dermatologischen Technik, von Max Joseph-Berlin. (D. m. W., 1922, Nr. 11, S. 351—363, Nr. 12, S. 391—394.) Kurze Besprechung der therapeutischen Maßnahmen und Angaben über Rezepte bei Dermatosen in alphabetischer Reihenfolge.

F. Harry-Berlin.

Digitized by Google

Zur Technik der intravenösen Öltherapie, von LENZMANN-Duisburg. (D. m. W., 1922, Nr. 11, S. 357.) Um Lachenbildung des Öls aus Rücksicht auf Embolie bei intravenöser Applikation zu vermeiden, muß man das Öl mit einer für das Blut indifferenten Substanz emulgieren. Dazu eignet sich das Kaseosan. Man mischt es mit dem betreffenden Öl zu gleichen Teilen. Verf. hat 0,2 Terpentinölkaseosan und 0,5 ccm 20%iges Kampferölkaseon intravenös gegeben. Die Injektionen wurden gut vertragen.
F. Harry-Berlin.

Ein einfaches Instrument zur leichteren Ausführung intravenöser Injektionen, von FRIEDLIEB-Homburg. (M. m. W., 1921, Nr. 44, S. 1427.) Empfehlung einer Pinzette, welche die Vene seitlich packt. A. v. Notthafft-München.

Arzneiexantheme, gewerbliche Schädigungen, Dermatitisarten.

Über Anaphylaxieerscheinungen nach Serieninjektionen artfremden Serums, von ENDRE MAKAI-Budapest. (D. m. W., 1922, Nr. 8, S. 257—258.) Die an gleichem Krankenmaterial mit gleicher Methodik vorgenommenen täglichen Injektionen artfremden Serums führen im Frühjahr und Sommer zu regelmäßigen, sehr ausgesprochenen anaphylaktischen Hauterscheinungen. Diese sind bei den im Herbst und Winter ausgeführten Injektionen gar nicht oder nur in abgeschwächter Form beobachtet worden. Die jahreszeitlich verschiedenen Reaktionen des Organismus werden auf periodisch auf- und abschwellende Funktionen des endokrinen Drüsensystems zurückgeführt. F. Harry-Berlin.

Über Jodismus bei Potatoren, von M. R. BONSMANN-Köln. (M. m. W., 1921, Nr. 52, S. 1676.) Auf Grund der Untersuchungen von 50 Trinkern zeigte sich, daß der chronische Alkoholmißbrauch den akuten Jodismus begünstigt, wohl infolge des Reizzustandes der oberen Luftwege. „Erkältungen" fördern ihn, Syphilitiker vertragen, wohl durch Bindung von Jod durch die Krankheitsstoffe, mehr. Die Speicheldrüsen werden durch Jod übererregbar gemacht, wie Pilokarpinversuche beweisen.
A. v. Notthafft-München.

Phenolphthalein-Dermatitis, von SAMUEL AYRES-Los Angeles. (J. Am. m. Ass., Bd. 77, Nr. 22, S. 1722—1724.) Phenolphthalein, ein Medikament das in sehr zahlreichen Abführmitteln enthalten ist, hat in einer Reihe von Fällen zu Hauterscheinungen geführt, die dem Erythema perstans ähneln. Mit Absetzen des Mittels gingen die Erscheinungen zurück, blaßten ab, der Juckreiz hörte auf, um prompt bei erneuter Medikation wieder aufzutreten. A. de Lemos-Hamburg.

Ein Fall von allgemeiner Dermatitis nach äußerlichem Gebrauch von Orthoform (A Case of General Dermatitis Duo to the External Use of Orthoform), von JACOB ROSENBLOOM-Pittsburgh. (J. Am. m. Ass., 1922, Nr. 4, S. 281.) Ein seltener Fall von Orthoform-Idiosynkrasie nach Gebrauch einer 5%igen Orthoformsalbe wegen Pruritus ani. F. Quasig-Hamburg.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Untersuchungen über Reizkörperwirkungen als Folge des Zellzerfalles nach Röntgenbestrahlungen mit besonderer Berücksichtigung ihrer blutstillenden Eigenschaften, von WALTER MÜLLER-Marburg a. L. (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1922, Bd. 125, H. 2, S. 414—432.) Es traten nach Röntgenbestrahlungen im Blute sehr rasch nach der Bestrahlung und je nach der Stärke derselben in verschieden starkem Grade Stoffe auf, die sich durch ihre vasokonstriktorische Wirkung nachweisen lassen, die etwa nach 36 Stunden ihr Maximum erreichen und dann im Laufe des 3. und 4. Tages wieder verschwunden sind. Ätiologisch kommt der Zellzerfall in Betracht, dessen gefäßverengernde Wirkung vielleicht beim Röntgenkater die Symptome auslösen. Die Beeinflussung der Blutgerinnung gehört auch in das Gebiet der Reizkörperwirkung unter dem Einfluß des Zellzerfalls. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Das Milliamperemeter als Maß der Strahlungsintensität, von OTTO FRITZ, Zentral-Röntgeninstitut der Universität in Innsbruck. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1922, Bd. 29, H. 2.) Bei den zur Zeit verwendeten Apparat- und Röhrentypen wächst die Strahlenintensität proportional den Milliamperewerten des Röhrenstromes an, vorausgesetzt, daß bei der verschiedenen Strombelastung der Röhre die Spannung unverändert gehalten wird. Daher kann ein in einer gewissen Zeit erzielter radiographischer oder radiotherapeutischer Effekt in $^1/_2$, $^1/_3$ ... $^1/_n$ dieser Zeit erzielt werden, wenn bei unveränderter Röhrenspannung die Stromstärke, in MA. gemessen, 2, 3 ... n mal erhöht wird. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Ein Vorschlag zur Charakterisierung der Röntgenstrahlungen, von K. Staunig, Zentral-Röntgeninstitut der Universität in Innsbruck. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1922, Bd. 29, H. 2.) Nach der Erkenntnis, daß jede Röntgenstrahlung komplexer Natur ist, genügen die Bezeichnungen hart, weich usw. nicht mehr, vielmehr sind sie zu erweitern und schärfer zu bestimmen durch Bezeichnung der Qualität der Strahlungen. Mit Hilfe des Röntgen-Spektrometers hat Verf. die Größe der Grenzwellenlänge der Strahlen in diesem als wesentlich erkannt, den sogenannten Strahlungskopf, nach dem er sie in Einheiten, die dem milliardsten Teile eines Millimeters gleich sind, bezeichnet.

E. Levin-Berlin.

Gegenwärtiger Zustand der Röntgenbehandlung mit harten Strahlen (Etat actuel de la radiothérapie à grande puissance), von H. Lebon. (Progr. méd., 1922, Nr. 9.) Eingehende Beschreibung der Meßmethoden für Quantität und Qualität der Filter. Die Apparatur muß hinreichen, genügend harte Strahlen in genügender Zahl zu liefern. Besprechung der Schädigungen, der sekundären Strahlung, der Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Gewebe. Therapeutische Anwendung bei inneren und chirurgischen Affektionen (Tuberkulose, Splenomegalie, Uterusfibrome, maligne Tumoren). Unterstützung der Tiefentherapie durch Sensibilisierung der Gewebe.

E. Levin-Berlin.

Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung genitaler und extragenitaler Sarkome, von L. Seitz-Frankfurt und H. Wintz-Erlangen. (D. m. W., 1922, Nr. 11, S. 345—346.) 4—5jähr. Erfahrungen zeigten, daß es möglich ist, primäre Uterussarkome oder sekundär sarkomatös entartete Myome des Uterus durch Röntgenstrahlen zur Heilung zu bringen. Von 4 Sarkomfällen starb einer gleich nach der Bestrahlung, der von vornherein schon aussichtslos war. Ein anderer Fall blieb $3^1/_2$ Jahr am Leben und starb an einer Metastase. Die 2 anderen sind nach 5 Jahren rezidivfrei und arbeitsfähig. Günstiger sind die Resultate bei 10 anderen Fällen, die 2—3 Jahre beobachtet und sämtlich noch gesund sind. Von 15 Fällen von sarkomatös entarteten Myomen sind nach 2—4jähr. Beobachtungszeit 13 am Leben. Faßt man alle Uterussarkome zusammen, so ergibt sich, daß 74% der Fälle rezidivfrei und gesund geworden sind. Von 97 Fällen von extragenitalem Sarkom leben noch $32 = 33\%$ noch 2—3 Jahre nach der Bestrahlung. Die Gesamtstatistik aller Sarkome ergibt Heilung in 45% der Fälle.

F. Harry-Berlin.

Die Strahlenbehandlung des Krebses I, von Otto Strauss. (D. m. W., 1922, Nr. 12, S. 385—387.) Verf. gibt die Gesamtbeobachtung der deutschen Universitätskliniken über die Strahlenbehandlnng des Krebses aller Organe wieder. Die Behandlung des Magenkrebses und des Krebses der übrigen Verdauungsorgane weist wenig oder keine Erfolge auf. Was das Uteruskarzinom betrifft, so gehen die Meinungen, ob die Operation oder Bestrahlung wirksamer ist, auseinander. Die Statistiken zeigen große Differenzen, da sie nicht einheitlich angelegt sind. Man muß operable von inoperablen Fällen, Zervix- von Kollumkarzinomen trennen. Das Epitheliom wird in 70—90% durch Bestrahlung geheilt, das Lippenkarzinom in 80%. Beim Zungenkrebs sind Röntgenstrahlen fast wirkungslos, Radium wirkt besser. Wegen der geringen Tiefenwirkung werden radioaktive Substanzen nur bei Frauenkrebsen verwendet. Die Chirurgen bevorzugen die Röntgenstrahlen.

F. Harry-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Dr. Wilhelm Richter, leitender Arzt der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Chemnitz. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abszeß. Kalter, Behandlung, Jerusalem 432.
Abszesse. Multiple, Comby 267.
Acanthosis nigricans. Kongenitale familiäre, Miescher 240.
Achorion Quinckeanum, Kaufmann-Wolf 283.
Achseldrüsenabszesse. Behandlung, Grumme 437.
Achsenzylinder. Natronlauge-Silbermethode, Stöhr 365.
Acne cachecticorum und A. conglobata, Finger 547.
Acne conglobata, Arzt 308.
— — Oppenheim 141.
*— — Säurefeste Bazillen bei, Pick 345.
— indurata mit Tuberkulid, Oppenheim 61.
— mit toxischem Erythem, Kren 476.
— Rolle der endokrinen Drüsen, Hollander 554.
Acrodermatitis atrophicans mit Sarkom, Klaar 259.
— — nach Unfall, Meirowsky 241.
— chronica atrophicans, Jessner 263.
Adalinexanthem, Loeb 214.
Addisonsche Krankheit, Heudorfer 261.
Adenokankroide, Loeb 271.
Adenoma sebaceum, Géry 358.
— — Hügel 358.
— — Little 65.
— — Thibierge u. Rabut 118.
— — und Bournevillesche Krankheit, Carol 189.
Aderlaß in der Dermatologie, Stern 147.
Akne und innere Sekretion, Pick 217.
Aktinomykose, De Aja 385.
— des Gesichtes und Halses, Dubreuilh 95.
— Geschichte, Stoffel 286.
— Röntgenstrahlen bei, Prikul 409.
— Röntgentherapie, Ruete 241.
— Yatren, Pfeiler 461.
Akzessorische Gänge am Penis, Sowade 146.
Alkalien. Wirkung auf die Haut, Fasani-Volarelli 390.
Alopecia areata, de Aja 386.
— — Lipschütz 62.
— — Spitzer 146.
— — totalis, Fischl 430,
— — und Syphilis, de Grado 66.
— thyreogenes, Gawalowski 168.
Alopezie. Atrophische, Dubreuilh 94.
— Symmetrische, Krüger 305.
Amylnitrit-Mischnarkose, Winkler 452.
Anästhesie. Lokale, Roscher u. Petges 97.
Analfissuren bei Frauen, Kossmann 196.
Anaphylaxie bei Hautkrankheiten. Kutane, Engman u. Wander 551.
—-Erscheinungen nach artfremdem Serum, Makai 615.
Anetoderma, McMurray 453.
Angina und Stomatitis ulcerosa, Scheller 50.
— Plaut-Vincent, Arzt 431.
— — — Blutbefund, Tarnow 50.
— — — Therapie, Schwerin 50.
— — -Vincentsche. Trypaflavin bei, Rahnenführer 460.
— — -Vincent und Diphtherie, Gärtner 50.
— — — und Ulcus phagedaenicum, Schelenz 50.
— — — Zunahme, Heck 50.
Angiodiaskopie, Senigaglia 367.
Angiokeratom, Grouven 378.
— Volk 148.
Angiome am Skrotum, Nicolas, Massia u. Dupasquier 613.
Anorektalfistel, Landsman 482.
Anthrax. Staphylokokkenvakzine gegen, Portilla 385.
Antigen für die Eigenharnreaktion, Lanz 368.
Antipyrinausschlag, Milian u. Périn 118.
Antisepsis. Chemotherapeutische, Morgenroth 607.
Antiseptikum. Neues, Morgenroth, Schnitzer u. Rosenberg 245.

Digitized by Google

Antitrypsin und Höhensonne, Königsfeld 392.
Anurie, Fruchaud-Brin 195.
Aphthenseuche bei Menschen, Hittmair 459.
Aplasia cutis, Lönne 221.
— — congenita, Oppenheim 306.
— moniliformis, Fernet u. Rabreau 119.
Area Celsi. Beziehung zu Syphilis, Sabouraud 51.
Arsen, Fasani-Volarelli 246.
*Arsendermatitis. Lichenoide, Keller 9.
Arsenexanthem, Königstein 140.
Arsenkeratose, Porias 307.
Arsenbenzol bei Schweinerotlauf, Kolle u. Schloßberger 613.
Arsenpräparate. Hautreaktionen, Strickler 166.
Arsenvergiftung. Chronische, Stockman 264.
Arterienveränderungen der Haut im Alter, Saalfeld 143.
Arzneimittel. Untersuchung, Bohrisch 607.
Atrophia cutis, Kaufmann-Wolf 283.
— — Schiller 49.
— — idiopathica, Kumer 26, 431.
— — maculosa, Kaufmann-Wolf 238.
— maculosa, Hudélo u. Cailliau 117.
Atrophie der Haut und Sklerodermie, Thibierge u. Hufnagel 116.
— mit Sklerodermie, Krüger 141.
Azetonal-Vaginalkapseln, Bonnin 342.
Azetonurie nach Salvarsandermatitis, Desaux, Bauxis-Lagrave, Boutelier u. Barbier 116.

Bacillus crassus, Lipschütz 558.
— — Löwi 603.
Bakterien. Gramnegative, Färbung, Tunnicliff 603.
— Lebenszyklus der, Löhnis 584.
— Säurefeste, Jaffé 366.
— Virulenzsteigerung apathogener, Lange u. Yosioka 222.
Bakterienfärbung. Neue, Schumacher 239.
Balanitis. Gangränöse, Jefferson 185.
Barbiere und Chirurgen in den Hansestädten, Brunn 581.
Basalzellenepitheliom, Ledermann 113.
Bassinische Operation, Neuberger 318.
Beirut. Hautkrankheiten in, Adams 165.
Benzinoform. Vergiftung, Freymuth 224.
Bestrahlungslampen mit sonnenähnlichem Licht. Neue, Kohl 392.
Bilirubinbildung in der überlebenden Milz, Ernst u. Szappanyos 368.
*Bilirubingehalt des Blutserums bei Salvarsankur, Schneider 228.
*— — — — — -Hg-Kur, Schneider 250.
Blaschko. Alfred, Galewsky 378.
Blasenbildende Hauterkrankung. Eigenartige, Rille 219.
Blasenerkrankung. Hämorrhagische, bei Arthritis, Bömingshaus 171.
Blasenkrankheiten. Jodkalifüllung bei, Schönfeld 171.
Blastomyzetoide Körperchen in einem Tumor, Weidmann u. Douglas 161.
Blastomykosis, Bürkmann 21.
— des Pferdes, Joest 51.
Blennorrhoea neonatorum. Obligatorische Prophylaxe, Hirsch 127.
Blennorrhoe der Neugeborenen, Lindner 150.
Blut. Sedimentierungsgeschwindigkeit, Schönfeld 352.
Blutdruck. Wirkung der Keimdrüsen, Löwenthal 364.
Blutgerinnung, Wöhlisch 126.
Blutkapillaren. Füllungszustände, Hintze 364.
Blutkörperchen. Senkungsgeschwindigkeit der roten, Schürer u. Eisner 223.
*Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, Pewny 537.
Blutserum. Gehalt an artspezifischem Eiweiß, Doerr u. Berger 366.
Blutsverwandtschaft der Eltern bei Dermatosen, Giemens 145.
Blutzuckerspiegel, nach Traubenzuckerinjektion, Opitz 388.
Boecksches Sarkoid, Altmann 545.
— — Grouven 378.
— — Lewandowsky 549.
Botryomykom der Unterlippe, Civatte u. Charpy 115.
Bowensche Krankheit, Jessner 261.
Brandwunden. Behandlung, Tunger 414.
Brikettarbeiter. Hautschädigungen, Schärer 456.
Brom für Jod 607.
— und Jodakne. Pathogenese, Haxthausen 577.
Bromoderma und Vaselinoderma, Kumer 26.
Bubonen. Abortivbehandlung, Dub 529.
— Milchinjektionen, Fantl 127.

Calcariurie, Hasselmann 195.
Canities. Ursache, Ruckstuhl 29.
Chloräthyl, Ley 224.
Choleval bei infektiösen Hauterkrankungen, Goldmann 27.
Christen, Th., Janus 581.
Chromatophoren, Mieschcr 363.
Colliculus seminalis. Pathologie, Brack 406.
— — Pathologie, Schmincke 170.
— — Pathologische Anatomie, Heller u. Sprinz 191.
Combustio bei Lues cerebrospinalis, Arzt 64.

Digitized by Google

Corpora cavernosa. Schwellung bewirkender Apparat, Ballenger u. Elder 500.
*Creeping Disease, Bogrow 519.
— — Petges 98.
— — Behandlung, Ketron 435.
Creme Simon 614.
*Cutis gyrata der Stirn, Stühmer 249.
— verticis gyrata, Sprinz 146.
Cysticercus. Zur Kenntnis, Heidfeld 461.
Cystitis gonorrhoica, Linzenmeier 170.

Dariersche Krankheit, Beckmann 336.
— — Buschke 238.
— — Ischewsky 403.
— — Krüger 306.
— — Lippert 578.
— — Spitzer 551.
— — Frustrane, Müller 20.
— — Histologie und Pathogenese, Pinkus u. Ledermann 217.
— — Schleimhautlokalisation, Löhe 337.
*— — Schleimhaut und Blut bei, Sklarz 513.
— — Umbauvorgänge, Bettmann 546.
*Dermatitiden durch Terpentinersatz, Galewsky 273.
Dermatitis durch Eichenholz, Spillmann 119.
— dysmenorrhoica, Polland 218.
— exfoliativa nach Salvarsan, Whiteside 185.
— herpetiformis, Assmann 334.
— — Ehrmann 26.
— — Kumer 479.
— — Mennicke 380.
— — der Vorhaut, Dubreuilh 94.
— linearis verrucosa, Bürkmann 21.
— venenata. Toxinbehandlung, Strickler 264.
Dermatologen Wiens, Veiel 551.
Dermatologie. Forschungsprobleme, Schamberg 434.
— in Beziehung zur inneren Medizin, Bosellini 150.
Dermatologische Notizen. Katalogisierung, Toomey 187.
— Technik, Joseph 614.
Dermatomykosen des Kopfes. Röntgenbehandlung, Gouin u. Petges 93.
Dermatose. Mit Schuppung, Pigmentierung und Atrophie einhergehende, Meirowsky 550.
Dermatoskopie, Saphier 144, 261.
Dermatoskopische Beobachtungen, Kumer 338.
Dermoid der Nase, Iwanow 403.
Dermoidzyste. Für Aneurysma gehalten, Gallavardin u. Bocca 294.
Desensibilisierung. Protein gegen, Ward 264.
Diabetes mellitus. Hypophysäre Theorie des, Bleibtreu 29.
Diabetid, Tommasi 354.
Diagnose. Fall zur, Barber 65.
— — — Boscheck 21.
— — — Brünauer 306.
— — — Greif 21.
— — — Hellmann .
— — — Klare 22.
— — — Portilla 385.
Diathermie in der Dermatologie, Sibley 433.
— maligner Neubildungen, Wyrth 459.
Diphtherie der Glans penis, Bode 268.
— — Harnröhrenmündung, Rolland 337.
— — Haut, Little 64.
— — — Spiegelberg 27.
— — Vulva, Atzrott 268.
— Nabelinfektion, Frick 268.
Diphtheriebazillen in der Scheide, Lönne u. Schugt 558.
Diphtherieserum, Schwenkenbecher 268.
Domestikationserscheinungen beim Menschen, Paulsen 197.
Dopa. Tyrosinase und, Przibram 199.
Dopaoxydate, Hasebrock 198.
Dreigläserprobe. Irrtümer, Tomasinelli 529.
Ductus deferens. Angeborener Mangel, Priesel 92.
Duhringsche Krankheit, Bürkmann 21.
Dunkelfeldlampe. Neue, Falkenthal 583.
Dunkelfelduntersuchungen und Azimutfehler, Oelze 221.
Durchleuchtungsschirm. Neuer, Goldstein 411.
Dysmenorrhoische Hauterkrankung, Wirz 351.

Ecrasol bei Krätze, Müller 52.
Ecthyma gangraenosum, Frei u. Wiener 258.
Ectopia testis perinealis, Dangschat 172.
Eczema callosum, Polzin 337.
— scrofulosorum, Kren 26.
— seborrhoicum, Arzt 142, 431.
Ehekonsens, Finger 192.
Ehezeugnis. Schubartsches, Pinkus und Löwenstein 192.
Eigenharnreaktion, Orlianski 483.
— Bedeutung für die Aktivitätsdiagnose der Tuberkulose, Farago u. Raudt 69.
— nach Wildbolz, Felber 90.
— — Weiss 69.
Eiterkokkenkrankheiten der Haut, Unna 267.
Eiweißkörper. Behandlung mittels unspezifischer, Stintzing 607.
Eiweißstoffe. Histologische Veränderungen nach Einspritzung unspezifischer, Müller 215.
Ektodermosen. Neurotrope, Levaditi 463.
— — Immunität, Levaditi u. Nicolau 463.

Digitized by Google

Ekzem, Pinkus 217.
— Ätiologie, Harris 554.
— — Walter 415.
— Akutes allgemeines, Loewy 27.
— Allgemeine Behandlung, Crozer 268.
— im Kindesalter, Pulay 500.
— Mykotisches, Petges 93.
— Neurotisches, Sowade 379.
— Proteinempfindlichkeit, Ramirez 264.
— Seborrhoisches, Tetrachlorkohlenstoff bei, Goubeau 98.
— Straußsche Salbe bei, Voigt 27.
Ekzematisation als vegetative Manifestation, Pulay 269.
Elastom des Gesichtes, Dubreuilh 96.
*Elektrischer Anschlußapparat Wigostat, Benedek 225.
*Elektrolyse. Perkutane, Wirz 321.
Elephantiasis ano-rectalis, Jersild 612.
— vulvae, Klockmann 342.
— — Queyrat u. Deguignand 117.
Encephalitis epidemica. Ätiologische Auffassung, Levaditi, Harvier u. Nicolau 463.
Endothermie maligner Neubildungen, Wyeth 284.
Enuresis. Behandlung, Zappert 532.
Enzephalitisträger. Gesunde, Levaditi, Harvier u. Nicolau 464.
Enzephalitisvirus. Übertragung auf den Fötus, Levaditi, Harvier u. Nicolau 44.
Entwicklungsstörungen der Haut und Defekte des Intellekts, Fischer 258.
Entzündungsbegriff, Marchand 367.
Entzündungsversuch, Marchand 198.
— Cohnheimscher, Kaufmann 366.
Enuresis nocturna. Zur Lehre, Finckh 169.
Epidermolysis bullosa, Barber 65.
— — traumatica, Siemens 263.
Epidermophyten. Unklassifizierte, Sabouraud 431.
Epidermophytie des Fußes, Dubreuilh 95.
Epididymektomie. Einfluß auf die Prostata, Walthard 407.
Epididymitis gonorrhoica. Chirurgische Behandlung, McKay 405.
— Interne Behandlung, Isacson 151.
— Licht und Hitzebehandlung, Hirsch 432.
— non gonorrhoica, Schäffer 128.
— Plasmotherapie, Weill 151.
Epiduralraum. Bedeutung, Goldenberg 91.
Epitheliom der Kreuzgegend, Thiebierge u. Hufnagel 115.
— — Nase, des Auges und der Wange, Queyrat u. Degrais 117.
— des Augenlides geheilt durch Radium, de Aja 65.
Epitheliom des Gesichtes, Queyrat u. Degrais 117.
— geheilt durch Radium, de Aja 385.
— Multiples, Arndt 23.
— und Radium, de Aja u. Forns 385.
— Verkalktes, Dubreuilh u. Cazenave 94.
Epithelzysten der Haut, Salomon 550.
— Karzinomatöse Degeneration, Kurtzahn 271.
— nach Dermatosen, Martinotti 415.
Erblichkeitslehre, Baur, Fischer u. Lenz 120.
Erysipel. Argentum nitricum bei, Hirsch 437.
— — — — Theisinger 437.
— Chemotherapie, Schiller 437.
— Jodtinktur bei, Lämmerhirt 269.
— — — Reye 269.
— Streptodermie, Unna 269.
Erythem durch Kalium-Gold-Zyanür, de Aja 385.
— der Sternoklavikulargegend der Frau. Pigmentierendes, Fasani-Volarelli 439.
— mit Atrophie und Sklerodermie, Thibierge u. Hufnagel 116.
— — — — — bei einem Syphilitiker, Hudelo u. Cailliau 118.
Erythema anulare centrifugum, Spiethoff 146.
— chronicum migrans, Bruhns 547.
— elevatum, Volk 25.
— induratum, Arndt 23.
— — Buschke 239.
— — Flehme 22.
— — Klingmüller 334.
— — Randak 431.
— — Zausch 379.
— multiforme, Arzt 350.
— — Atypisches, Arzt 350.
— — bei Spätlues, Klebe 549.
— perstans, Mayr 215.
— toxicum, Krüger 476.
Erythrodermia desquamativa. Keratomalazie bei, Krämer 28.
Erythrodermie. Exfoliierende, Brünauer 62.
— ichthyosiforme. Nicht kongenitale, Kolopp 120.
— lymphoblastische, Sequeira u. Panton 454.
Erythrokeratodermie. Symmetrische, Gottron 283.

Färbungen. Definition mikroskopischer, Ostwald 216.
Farbstoffe. Übergang in die Rückenmarksflüssigkeit, Schönfeld 145.
Favus, Kaufmann-Wolf 238.
— corporis, Fuhs 479.

Digitized by Google

Favus. Kutireaktion, Stein 146.
— Papulöser, Mestschersky 403.
— und Fez bei Mohammedanern, Csillag 261.
— -Kulturen, v. Hauck 24.
Fibroma molluscum, Langer 239.
— — siehe auch Neurofibrom, Recklinghausensche Krankheit.
Fibromatose der Brustdrüse beim Mann. Diffuse, Consten 456.
— der Mamma und Krebs, Lukowski 458.
Fibromyom, Eichenlaub 340.
Fibrosarkom, Vollmer 21.
Fibrosarkome der Brustwand, Kuznitzky u. Grabisch 212.
Filariareaktion bei Gale filarienne, Montpellier u. Béraud 116.
Filariosis, Montpellier u. Béraud 116.
Flavizid, Kallmann 389.
Fleckfieber der Meerschweinchen. Experimentelles, Otto u. Winkler 481.
— Diagnose, Klieneberger 53.
— Experimentelle Infektion, Weil, Breinl u. Gruschka 53.
— Kultur des Virus, Kuczynski 464.
— bei Meerschweinchen. Leberbefunde, Kuczynski 464.
— in Riga, Feinmann 288.
— Pathologische Anatomie, Fränkel 53.
— Positive WR, Bauer 53.
— Zentralnervensystem und Roseola, Wohlwill 149.
Fluor. Behandlung, Benthin 195.
— Pathogenese, Schröder 195.
*Folliculitis barbae. Therapie, Thim 60.
Fordycesche Krankheit, Margolies u. Weidmann 160.
*Formalindermatitiden, Chajes 417.
*Fox-Fordycesche Krankheit, Walter 592.
Frankfurter Dermatologische Vereinigung 368.
Frenulum praeputii. Morphologische Bedeutung, Rumpel 200.
Friedmannbazillen. Antigene Wirkung, Loebenstein 68.
Friedmanns Mittel im Licht der Seitenkettentheorie, Tranjen 68.
— — Scheinbares Ausbleiben von Erfolgen, Friedmann 290.
Frostbeulen. Hypertrophie nach, Dubreuilh 94.
Friedreichsche Krankheit. Familiensyphilis, Pinard 117.
Fungus cutis, Stejskal 147.
Furunkulose. Behandlung, Rabut 28.
— bei Kindern. Behandlung, Langer 500.
— der Achselhöhle, Heidenhain 437.
— Opsonogen bei, Jaeger 437.
— Thyreoidinbehandlung, Savini 269.
Gamasoidosis, Toomey 501.
Gangrän des Skrotum, Marchildon 186.
— Multiple, Covisa 385.
— — neurotische, Sklarz 145.
— Neurotische, Planner 139.
— Symmetrische, Dubreuilh 96.
Gefäßbündel an den Brusthaaren, Schiefferdecker 144.
Gelatine als Heilmittel, Hamberger 389.
Gelbfärbung. Unaufgeklärte, Werner 148.
Genitalien. Beeinflussung durch Trauma, Kranz 559.
Genitalmißbildungen bei Nierenaplasie, Brack 599.
Genodermatosen, Bettmann 20.
— Meirowsky 19.
Geschlechtsbeeinflussung, May 197.
— durch Röntgenstrahlen, Wieloch 409.
Geschlechtsbestimmung, Peterfi 343.
Geschlechtskrankheiten. Eine öffentliche Gefahr, Riddell 559.
— Fortschritt in der Prophylaxe, Freymuth 559.
— Prophylaxe, Broadman 559.
— — Neufeld 196.
— Anzeigepflicht, Konrich 196.
— Bekämpfung, Fürth 168.
— in der Schweiz, Gsell 192.
— in Dorpat, Paldrock 343.
— in Rheinhessen, Müller 196.
— und Folgen, Burkhard 243.
— Vorbeugungsmittel, Zeisse 196.
— Zum Gesetz zur Bekämpfung der, Delbanco 596.
Geschlechtstrieb bei Kriegsverletzten, Desogus 319.
Geschlechtsvererbung. Mechanismus, Peterfi 197.
Geschwülste der Haut. Angeborene, Leder 456.
— Therapeutisches Problem der bösartigen, Blumenthal 49.
Geschwür. Serpiginöses, de Aja 66.
Gewebeabbau und Eiterung. Zelliger, Löwenstädt 367.
Glimmerregenerierung. Fernauslösung der, Baumm 265.
Glossitis. Rautenförmige, Arndt 23.
*Glühnadel als therapeutisches und kosmetisches Hilfsmittel, Pokorny 297.
Glykogen in der Haut, Sasakawa 262.
Glysanin, Kaufmann 389.
Gonokokken. Beziehungen zur Amyloidentartung, Buschke u. Langer 127.
— Hautschädigung beim Neugeborenen durch, Liebe 529.
— Lebensdauer, Buschke u. Langer 127.
— Meningitis durch, Lindenfeld 92.
— Nachweis, Posner 218.
— Wirkung der Antigonorrhoika, Swartz u. Davis 405.

Digitized by Google

Gonokokkenerkrankung. Schwere, de Aja 386.
Gonokokkensepsis. Meningokokkenserum bei, Citron 151.
Gonorrhoe. Adnexerkrankungen, Terpentinbehandlung, Seelmann 195.
— Argochrom bei, Voormann 151.
— Arthritis beim Neugeborenen, de Grado 385.
— Balsamtherapie, v. Notthafft 216.
— Biologische Diagnose, Peters 217.
*— Behandlung nach Ponndorf, Wellmann 424.
— Behandlung, Richtlinien, Cattier 313.
— bei Knaben, Farman 433.
— bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, Schollmayer 529.
— der Frau. Abortivbehandlung, Loeb 550.
— des M. obturator internus, Heyn 283.
— Diathermie bei, Bertoloty 385.
— einer hydronephrotischen Niere, Dósza 599.
— Grundlagen der Behandlung, Fraser 406.
— Heißwasserspülung, Scherliess 151.
— Hexursan bei, Polland 530.
— Ionisation von Argentum, Phelip 315.
— Kreargol bei, Kerészt u. Perczel 530.
— Okklusivpessar als Schutz gegen, Saudek 127.
— Prophylaxe, Finger 151.
— Proteinkörpertherapie, Langer 531.
— Provokationsmethoden, Drexler 314.
— Schwere, de Aja 385.
— Thermopenetration, Kyaw 151.
— Vakzinebehandlung, Demonchy 314.
— — Sézary 314.
— — Townsend 405.
— Weibliche, Behandlung, Seil 531.
— — Diagnose der Heilung, Blaschko u. Groß 152.
— — Heilbarkeit, Zill 151.
— — Lichtbehandlung, Guttmann 315.
— — Therapie mit Silber- und Farbstoffpräparaten, Schönfeld 244.
— — Thermopenetration, v. Büben 315, 531.
— — Trypaflavin bei, Haupt 151.
— Saugbehandlung bei chronischer, Saudek 92.
— s. auch Blennorrhoe, Epididymitis, Prostata, Tripper, Vulvovaginitis.
Gonorrhoebehandlung. Intravenöse, Ahlswede 186.
— mittels Impfungen nach Ponndorfs Methode, Wellmann 424.
*Gonorrhoetherapie. Adstringierende Wirkung der Silberpräparate, Perutz u. Taigner 465.
Gonorrhoische Zystitis, Linzenmeier 170.
— Mastdarmstriktur, Langer 239.
Gonorrhoische periartikuläre Abszesse, Schuscik 128.
— Spermatozystitis, Langer 239.
Gonorrhoischer Fersenschmerz, Klöppel 578.
Gramsche Färbung, Deussen 365.
Granulom. Venerisches, W. H. Hoffmann 312.
Granuloma anulare, Brun 547.
— — Grütz 334.
— — Stettler 147.
— — Klinik und Histologie, Grütz 351.
— inguinale. Tropisches, Randall, Small u. Belk, 406.
— — Lynch 313.
— fungoides der Haut und inneren Organe, Arzt 189.
Granulosis rubra nasi, Brock 334.
Grippeexantheme, Janovsky 167.
Grünfärbung durch Spinatgenuß, Dollinger 440.

Haarausfall. Behandlung, MacKee 460.
— Eigentümlicher, Kren 25.
Haare von Ziege, Reh und Hirsch, Gröttrup 200.
Haarstrich eineiiger Zwillinge, Ludwig 582.
Haarzunge. Schwarze, Roger 285.
Hämangiom. Radiumbehandlung, Beck 48.
Hämaturie. Quantitative Blutbestimmung, Schiller 407.
— und Appendizitis, von der Becke 602.
Hämolymphangiom, Vigne 119.
Hämolyse durch Quecksilber, Bechhold 604.
Hämophilieproblem, Wöhlisch 605.
Harnantisepsis, Davis 404.
Harnbereitung. Störungen, Zak 556.
Harnblase bei raumbeengenden Prozessen, Sgalitzer 317.
— — verschiedenen Körperlagen, Hryntschak 601.
— Beziehungen zwischen Magen und, v. Friedrich 317.
— Divertikel, Stewart 432.
— Dynamik, Schwarz u. Brenner 359.
— Extraperitonisierung, Boenninghaus 170, 533.
— Fremdkörper, Erdmann 187.
— Kontrahierte, Frontz 406.
— Krebs, Radikaloperation, Latzko 452.
— Purpura der, Denicke 602.
— Röntgenschädigung, Müller 410.
— Röntgenuntersuchung, Sgalitzer 171, 599.
— Schleimhautzysten, Oppenheimer 317.
— Spezifisches Granulom, Lieben 90.
— Submuköses Geschwür, Bumpus 405.
— Totalexstirpation, Schaele 91.
— Trigonum der — bei Einnierigen, Paschkis 92.

Digitized by Google

Harnblase. Ulcus simplex, Paschkis 317, 533.
— und Harnleiter. Chirurgische Anatomie, Latzko 91.
— — — — — Tandler 90.
— — — — — — Voelcker 90.
— Vesica bipartita, Praetorius 600.
— während Miktion, Hryntschak 92.
— Weibliche, Erkrankungen, Padgelt 185.
— — Röntgenbilder, Palugyay u. Ender 92.
Harnblasenblutung. Eigentümliche, Casper 91.
Harnblasenhals, Tumoren, Player u. Mathé 404.
Harnblasendivertikel. Kongenitale, Kneise 91.
Harnblasenkranke mit Tumoren. Merkblatt, Crenshaw 404.
Harnblasenscheidenfisteln nach Radiumbehandlung, Weibel 91.
Harnblasenschleimhaut. Exfoliation, Esau 360.
Harnblasenstein. Gigantischer, Randall 404.
Harnentleerung im Alter. Störungen, Blum 557.
Harnleiter. Fremdkörper, Schlagintweit 176.
— Leitsonde zum Katheterismus, Lieben 319.
— Verlagerung, Joseph 557.
Harnleiterende. Operationen am unteren, Blum 319.
Harnleiterkatheterismus. Fehlerquellen, Boeming 600.
Harnleitersteine. Tiefsitzende, Vogel 176.
Harnretention und Spina bifida occulta, Chute 405.
Harnröhre. Fremdkörper, Schnetzer 533.
— Indikationen der endoskopischen Untersuchung, Glingar 316.
— Kallusgeschwülste, Grauhan 170.
— Karzinom, O'Neil 405.
— Männliche, im Röntgenbild, Kurtzahn 316.
— — Röntgenaufnahmen, Prigl 92.
— Röntgenuntersuchung, Haudek 170.
— Transplantation, Remele 169.
— Zerreißung, Murard 316.
Harnröhrendivertikel, Glingar 92.
Harnröhrenplastik, Pfeiffer 599.
— Riese 169.
Harnröhrenspiegel. Valentinescher, Cassuto 601.
Harnröhrenspülung. Rücklaufkonus für, Thim 376.
Harnröhrenstriktur. Komplizierter Fall, Stern 432.
Harnsteinoperationen, Rihmer 599.
Harnstoff. Titration, Friedländer 195.
Harntrakt. Tuberkulose, Lichtenstern 320.
Harn- und Geschlechtsorgane. Einiges über Erkrankung, Erickson 169.
Harnwege. Interne Behandlung, Giese 179.
— Mutaflor bei Koliinfektionen, Nißle 176.
— Röntgendiagnose, Levyn 169.
Harnzylinder. Entstehung, Lichtwitz 213.
Haut als therapeutisches Organ, Sklarz 224.
— Beiträge zur Anatomie, Frieboes 351.
— Beziehungen zum Gesamtorganismus, Bloch 582.
— Biologie, Gans 363.
— Neue Methode zum Studium der Elemente der, Martinotti 365.
— Zur Anatomie und Biologie, Frieboes 240.
Hautdrüsen. Ekkrine, Schiefferdecker 144.
Hauterkrankung. Eigenartige blasenbildende, Rille 219.
*Hautgeschwüre bei funktioneller Anästhesie, Pick 177.
Hautklinik im Jahre 1615. Eine, Martin 433.
Hautkrankheiten. Chemische Blutbeschaffenheit, Pulay 606.
— Histopathologie, Frieboes 579.
— Lehrbuch, Joseph 387.
Hautnekrosen nach Bluttransfusion, Linser 213.
Hautreaktion bei Lähmungen. Chemische, Schäfer 144.
Hautüberpflanzung, Roscher 97.
Haut- und Geschlechtskrankheiten. Repetitorium, Kromayer 220.
— — Haarpigment beim Embryo, Bloch 546.
Hautwasserabgabe. Einfluß der Luftfeuchtigkeit, Moog 583.
— — des Wassertrinkens, Moog u. Nauck 583.
Heilrunen. Finnische, Zimmermann 391.
Heiratszeugnis. Ärztliches, Hirsch 360.
Herdinfektion, Roberts 166, 453.
Hermaphrodismus. Adams, Kiernau 186.
Herpes febrilis und Encephalitis lethargica, Doerr u. Schnabel 267.
— genitalis. Übertragung von, Lipschütz 141.
— tonsurans, Randak 350.
— zoster bei Angina, Flesch 413.
— — — progressiver Paralyse, Kaiser 75.
— — Entstehung, Vörner 148.
— — und Varizellen, Bókay 413.
— — — — Kraus 287.
*Herpesgruppe. Ätiologie, Lipschütz 59.

Digitized by Google

Herpetische Allgemeininfektion des Kaninchens, Luger, Lauda u. Silberstern 413.
Hexursan bei Gonorrhoe, Polland 530.
Hidradenom, Burnier u. Bloch 119.
— Petges 96.
Hidrosadenitis axillaris. Lymphangitis bei, Waelsch 437.
Hochfrequenzstrom in der Urologie, Martin 531.
Hochfrequenzströme in der dermatologischen Praxis, Kaufmann 549.
Hoden. Anomalie bei mangelhaftem Deszensus, Polya 535.
— — narbigem Verschluß des Samenleiters, Simmonds 173.
— Chorionepitheliom, Reckendorf 535.
— Tuberkulose, Mark 404.
— Unterbindungsbefunde, Tiedje 173.
— Zwischenzellen, Berblinger 172.
— — Sternberg 172.
Hodengeschwulst mit chorionepitheliomartigen Wucherungen, Volkmann 175.
Hodentransplantation, Enderlen 535.
— bei Homosexualität, Pfeiffer 581.
Hodentuberkulose. Röntgenbestrahlung, Freund 317.
— — Ullmann 535.
Hodgkinsche Krankheit. Wesen, Merk 284.
Hormone. Geheimnis der, Koelsch 579.
Hühnerei. Idiosynkrasie gegen, Belaieff 248.
Hufeisenniere mit Stein, Zondek 342.
— Resektion, Kroiß 90.
Hutlederdermatitis, Stangen 432.
Hydronephrose bei Wanderniere, Lichtenberg 89.
— in einer Hufeisenniere. Infizierte, Karewski 176.
— Pathologie, Albrecht 89.
— — Rumpel 89.
— Therapie, Oehlecker 89.
Hyperdaktylie, Pflug 456.
Hyperhidrosis beim Kinde, Jumont 266.
Hyperkeratosis follicularis (Kyrle), Planner 430.
Hypertrichosis. Berufliche, Csillag 258.
— Kongenitale, Sequeira 65.
— lanuginensis, Mense 364.
— Röntgenstrahlen bei, Ritter 219.
Hypospadie, Rumpel 200.

Ichthyosis congenita, Bruhns 45.
*— foetalis, Jordan 585.
*— hystrix. Zur Kenntnis, Blotevogel 1.
— und systematisierter Nävus, Frei 259.
— Ungewöhnliche, Riehl 477.
Ikterus. Zunahme 527.
Impetigo chronica, Brünauer 26.
— contagiosa. Streptokokken bei, Farley u. Knowles 161.
Impetigo herpetiformis, Bruhns 45.
— — Rost 219.
— — Schardorn 144.
— — Trýb 148.
Impfstelle. Gangrän, Vollmer 21.
Impotenz, Kaiser 92.
— Behandlung. Orlowski 601.
— Sklerator bei, Schubert u. Zolotnitzky 602.
Incontinentia urinae. Behandlung, Forst 170.
— — Operation, Flörcken 532.
— — Operative Therapie, Hisgen 532.
Induratio penis plastica, Sonntag 532.
Infantilismus. Psychosexueller, Kronfeld 602.
Infektionskrankheiten. Prophylaxie, Gumbrecht 193.
Injektion. Intramuskuläre, Stokes 391.
Injektionen. Instrument für intravenöse, Friedlieb 615.
Injektionsspritzen. Sterilisierbarkeit, Hart 248.
Inkontinenz bei Spina bifida, Roscher 96.
Innere Sekretion und Dermatosen, Brock 439.
Intertrigo. Mykotische, Dubreuilh u. Joulia 93.
Intrakutanreaktion, Mendel 68.
Ionengleichgewichte im Organismus, Spiro 482.
Irrtümer. Diagnostische, Schwalbe 243.

Jod. Brom für 607.
Jodexanthem. Tuberöses, Hüllein 264.
Jodismus bei Potatoren, Bonsmann 615.
Jodlösung. Preglsche, Kleinschmidt 245.
— — Schreiner 242.
— — Streissler 245.
Jod- und Bromakne. Pathogenese, Haxthausen 577.
Jucken. Gegenreflex, Boulogne 119.
Juckende Hautkrankheiten. Behandlung, Strassberg 388.

Kahlheit. Ursache, Grotte 460.
Kalkgicht, Umber 29.
Kaltblütervakzine, Hübschmann 384.
Kalzium-Kaliumwirkung, Spiro 583.
Kampferöl, Fischer 224.
— Urtel 614.
Kampferölinjektionen, Schmidt 224.
Kankroid und Syphilis, Grintschar 403.
Kapillarkreislauf. Schwankungen, Hagen 582.
Kapillarmikroskop, Müller 368.
Karbid. Wirkung auf die Haut, Sachs 143.
*Karbunkel und Furunkel, Schütz 421.
Karzinom auf Lupus vulgaris, Hellmann 62.
— — Psoriasis, Romenowsky 218.
— bei Anthrazenarbeitern, O'Donovan 166.

Digitized by Google

Karzinom. Bei Mäusen erzeugtes, Bloch 22.
— der Klitoris und Neurodermitis, Müller 578.
— — Lippen. Variabilität, Hamaekers 271.
— des Penis, Arzt 142.
— — — Prognose, Peters 690.
— Genese und Röntgendosen, Seitz 49.
— Organismen im, Young 271.
— Röntgenstrahlenreizdosen bei, Fraenkel 49.
— Strahlentherapie mittels Reizstrahlen, Fraenkel 272.
— — — — Halberstaedter 272.
— und Lues, Barinbaum 260.
— — Milzreizbestrahlung, v. d. Hütten 409.
— Wirkung der Röntgenstrahlen auf Mitosen im, Reichold 272.
Karzinomstudien, Winkler 149.
Karzinom s. auch Epitheliom, Kankroid, Krebs, Lupuskarzinom.
Kaseosan bei Typhus und Phlegmone, Rosenberger 438.
Kaseosanbehandlung, Gaertner 152.
Kaseintherapie, Isaacson 248.
Kastration. Sexualneurotiker, Mühsam 174.
Katheterismus. Retrograder, Bonn 501.
Katzenkrätze, Barbaglia 354.
Keimblätter. Beziehungen der pathogenen Mikroorganismen, Levaditi 366.
Keimdrüsen bei Pädatrophie, Jaffé 173.
Keloid durch Zinnober, Valder 457.
Keratitis. Parenchymatose, Ätiologie, Uhthoff 293.
*Keratodermia symmetrica, Wagner 82.
Keratodermie der Handteller und Fußsohlen, Callomon 382.
Keratodermitis follicularis atrophicans, Strassberg 262.
Keratoma palmare und plantare, Hügel 120.
— — — — dissipatum, Junghanns 334.
— — — — mit Streptokokken, Nass 337.
— senile und Epitheliom, Brünauer 430.
Keratose nach Sulfoxylat, Hoffmann 22.
Keratosis follicularis. Atypische Fälle, Sellei 415.
Kerion Celsi, Randak 350, 431.
Kieselsäurezufuhr. Parenterale, Zuckmayer 248.
Kloakenmißbildung, Anders 152.
Knorpelnävi, Siemens 145.
Kochsalz in der Wundbehandlung, Rogge 414.
Kohabitationstermin, Heinecke 581.
Kollargolintoxikation, Herzog u. Roscher 608.
Kolloide in der Therapie, Kopaczewski 247.
— — — — Luithlen 247.
Kolloid- und Organotherapie in der Kosmetik, Luithlen 214.
Kondylome. Spitze, Röntgenbehandlung, Stein 48.
Kopfhaut. Mikroorganismen, Plaut 127.
Kopfläuse. Bekämpfung, Hase 53.
— Beseitigung, Schnell 286.
— Lausoform gegen, Janke 53.
— Schwefeldioxyd gegen, Lenz.
Krätze bei Säuglingen, Gatersleben 52.
Kreargol bei Gonorrhoe, Kerészt u. Perczel 530.
Krebs. Abwehr des Gewebes, Bayer 457.
— der Harnröhre. Ausrottung, Graf 558.
— des Schusterdaumens, Stahr 458.
— Hautepithelatypie, Heiberg 458.
— Konstitutionelle Natur, Buckley 271.
— Nichtchirurgische Behandlung, Pancoast 49.
— Strahlenbehandlung, Strauss 616.
Krebse der Haut, Brock 335.
Krebs s. auch Epitheliom, Kankroid, Krebs, Lupuskarzinom.
Kreislaufstörungen. Örtliche, Ricker u. Regendanz 198.
Kresol. Desinfektionswert, Koch 247.
*Kriechkrankheit, Bogrow 519.
Kuhpockenimpfstoff. Gewinnung, Gins 289.
— Intrakutane, Leiner u. Kundratitz 462.
Kuhpockenvirus. Neurotrope Affinität, Levaditi u. Nicolau 463.
Kutanimpfung nach Ponndorf, Schmidt-La Baume 530.
Kutituberkulin, Joseph 67.

Laufbild. Aufklärungsarbeit mittels, Oelze u. Oelze-Rheinboldt 343.
Lebertraninjektionen, Patzschke 389.
Leipziger Hautklinik (Prof. Rille). Venerische Erkrankungen 1911—1919, Langowski 192.
Lepra. Behandlung, de Mello 481.
— Fall von, Lichatschew 481.
— In der Kunst, Martin 432.
— In Smolensk, Pospelow 481.
— Jodbehandlung, Wayson 551.
— Knochenresorption, Dubreuilh 96.
— Menstruation u. Fruchtbarkeit, Noël 160.
— Mikroskopische Präparate, Lichatschew 402.
— tuberosa, Ehrmann 26.
— — und anaesthetica, Ischewsky 402.
— — — — Iwanow 402.
— Pathologisch-Anatomisches, Serra 354, 355.
— Pseudovitiliginöse, Gougerot u. Ruppe 118.
Leuchtbildmethode, Hoffmann 241.
— für Tuberkelbazillen, Zorn 603.
*Leucoderma bei Parapsoriasis, Zurhelle 22.
— microsporicum, Buschke 23.
Leukämie der Haut, Rusch 430.

Digitized by Google

Leukämie. Exanthem bei, Lutz 214.
— Lymphatische, Hautveränderungen, Bartaccini 355.
— Radiumbehandlung, Popowski 409.
Leukonychie. Totale, Thibierge u. Hufnagel 95.
Leukoplakie der Vulva, Queyrat u. Deguignand 117.
— Radiumtherapie, Lekisch 51.
Leukozyten des Schweines. Granulationen, Sahling 365.
Levatorplastik, Franz 92.
Lichen anularis, Wechselmann u. K. Unna 148.
— microsporicus, Fuhs 477.
— — Kerl 142.
— obtusus, Büeler 352.
— — corneus, Pautrier 358.
— planus, Arzt 142.
— — Brünauer 307.
— — Dore 65.
— — Flehme 21.
— — de Grado 385.
— — Kren 476.
— — Kumer 63.
— — Poláček 476.
— — anularis, Queyrat u. Deguignand 117.
— — bei einem Kinde, Petges 98.
— — et verrucosus, Kumer 479.
— — hypertrophicus, Kumer 63.
— — im Kindesalter, Kiess 242.
— — Melanodermie, Edel 188.
*— — und lichenoide Arsendermatitis, Keller 9.
— ruber acuminatus, Oppenheim 349.
*— — pemphigoides, Trýb 563.
— scrofulosorum, Klingmüller 333.
— — Rosenbaum 219.
— simplex mit Hautabhebungen, Noël 613.
— trichophyticus, Williams 435.
— Vidal, Buschke 23.
— — Histologie, Alexander 336.
Lichtbehandlung, Kompendium, Schmidt 436.
Livedo racemosa, Hess u. Kerl 242.
— — Müller 20.
— — Waelsch 148.
Lupoid. Anfangsstadien, Kyrle 212.
Lupus erythematodes, Fuhs 142.
— — Jarke 335.
— — Klingmüller 334.
— — Krüger 306.
— — Müller 20.
— — Nathan 21.
*— — acutus, Görl u. Voigt 129.
— — Ätiologie, Gennerich 548.
— — Behandlung, Brock 334.
— — des behaarten Kopfes, Kaufmann-Wolf 238.
Lupus erythematodes discoides. Tuberkulöse Natur, Goeckermann 162.
— — disseminatus, Fuhs 63.
— — Halbseitige Abheilung nach Chinin-Jod, Fischl 62.
— — oder Syphilis, Wewiorowsky 403.
— — subacutus, Brünauer 350.
— — und Tuberkulose, Kreibich 352.
Lupus follicularis, Kumer 140.
Lupus pernio, Brock 334.
— — und Sarkoid Boeck, Gans 242.
Lupus vulgaris, Brock 333.
— — Klingmüller 333.
— — Müller 20.
— — behandelt mit Ceriumsalzen, Hudelo u. Adelmann 94.
— — behandelt mit Röntgenstrahlen, Dubreuilh 95.
— — behandelt nach Friedmann, Martenstein 68.
— — Chlornatriumbrei bei, Martenstein 481.
— — der Kopfhaut, Kumer 350.
— — der Nasenschleimhaut, anatomisches Bild, Heiberg u. Strandberg 66.
— — exulcerans, Brünauer 430.
— — papillaris hypertrophicus, Krüger 476.
— — rhinoskleromatoide Form, Martenstein 260.
— — Sekundärinfektionen und Mischformen, Brocq 433.
— -Karzinom, Fuhs 307.
— — Hellmann 62.
— — Ätiologie, Wichmann 149.
Lymphadenom des Gaumens, Milian u. Cottenot 119.
Lymphangioendotheliom des Fußes, Nather 271.
Lymphangiom der Leiste, Ferron 96.
Lymphangiome. Multiple, Oliver 555.
Lymphangioplastik, Roscher 96.
Lymphangitis prostato-iliaca, Cronquist 262.
Lymphoblastische Erythrodermie, Sequeira u. Panton 454.
Lymphogranulom, Dubreuilh 94.
— Thibierge u. Rabut 118.
Lymphogranuloma inguinale, Borg 529.
Lymphogranulomatose, Arzt 307.
— Bacher 546.
— Wirz 149.
— Ätiologie, Lichtenstein 285.
Lymphosarkomatose, Schön 284.
Lymphozyten. Lipolytisches Ferment, Resch 365.
Lymphozytose, Bergel 193.

Mäusegeschwülste, Keysser 459.
Maltafieber, geheilt durch Salvarsan, Bertoloty 66.

Digitized by Google

Masern neben Keuchhusten. Blutbild, Cohn 287.
— Nichtübertragung in den ersten Lebensmonaten, Weill u. Bocca 287.
— Schutzimpfung, Glaser u. Müller 287.
— — Hiraishi u. Okamoto 462.
— — Manchot u. Reiche 461.
— — Tordag u. Pap 461.
— Schutzserum, Degkwitz 462.
— Zur Epidemiologie, Crerar 287.
— -Rekonvaleszentenserum. Erfahrungen mit, Zschau 54.
Mastzellen, Staemmler 198.
Maul- und Klauenseuche der Hand, Israel 285.
— — — Übertragung auf Meerschweinchen, Uhlenhuth 51.
Meibomsche Drüsen. Entwicklung, Klee 364.
Melanosarkom des Penis, Peters 601.
Melanose und Hyperkeratose, Nördlinger 216.
Melkerknoten, Mariani 353.
— Reiner 141.
Menarche, Dietrich 559.
Meningitis durch Gonokokken, Lindenfeld 92.
Merkurochrom, Young, White u. Swartz 405.
Messung der Oberflächenspannung, Kirsch 197.
Methämoglobinbildende Substanzen. Vergiftung von Kindern durch, Muland 440.
Mikromethodik, Pinoussen 220.
Mikroskop. Anwendung, Ehringhaus 193.
Mikrosporie, Fuhs 26, 62, 140, 431, 477.
— mit Licheneruption, Kren 63.
— s. auch Lichen microsporicus.
*Mikrosporieepidemie. Hannoversche, Stümpke 472.
Mikrotechnisches, P. Mayer 215.
Milchbehandlung, Artom 368.
Milchinjektionen, Sellei u. Krausz 388.
Milliamperemeter, Fritz 615.
Milz. Röntgenbestrahlung, Förster 409.
Milzbrand, Martinotti 438.
— Behandlung, Cinti 438.
— s. auch Anthrax.
*Mirion. Bemerkungen zur Arbeit von H. Gärtner, Kyrle 256.
*— Klinische Erfahrungen, Urbán 111.
Mitigal, Herrmann 246.
— bei Säuglingen, Ehlers 52.
Molluscum contagiosum, Borrel 119.
Morbus maculosus Werlhofii, Foerster 411.
Muttermäler. Ätiologie, Meirowsky u. Bruck 48.
Mycosis fungoides, Born 21.
— — Klare 22.
— — Krzystalowicz 212.
Mycosis fungoides Pernet 64.
— — d'emblée, Ischewsky 403.
— — — Mayr 242.
— — Drüsenschwellung, Löhe 214.
Myeloischer Tumor des Nasenflügels, Argand u. Montpellier 160.
Myelom, Nonne 216.
Myome der Haut, Dubreuilh 96.
— — — Hellmann 141.
Myzetom, Montpellier, Gouillon u. Lacroix 116.

Nachbestrahlung in der Chirurgie. Prophylaktische, Jüngling 265.
Naevi. Tierzeichnung, Menschenscheckung. Meirowsky u. Leven 257.
Naeviforme Affektion, Kren 63.
Naevus anaemicus, Buschke 239.
— — Petges 98.
— angiomatosus und pigmentosus, Krüger 305.
— bei Störungen der Skelettentwicklung, Leven 260.
— conjunctivae, Jendralski 456.
— der Brustgegend, Lewandowsky 213.
— flammens. Klinik, Popper 270.
— pigmentosus. Metastasen nach maligner Degeneration, Balcerek 271.
— Pringle, Kumer 350.
— vasculosus. Radium bei, Laborde 270.
— — Systematisierter, Rusch 430.
Naevus s. auch Muttermäler.
Nagel. Angeborene Anomalien, Murray 455.
Nagelkrankheiten. Seltene, Friedmann 548.
Narben. Histologie, Levi 549.
— nach Comedo, Dore 65.
Narbenmassage, Scenos 270.
Nasenplastik, Esser 411.
Nasenverkleinerung, Eitner 391.
Naturforscher und Ärzte, Gesellschaft Deutscher 32.
Nebenhoden. Nichtspezifische Entzündung, Flesch-Thebesius 172.
Nebenhodentuberkulose. Balneologische Behandlung, Schmieden 536.
— durch Röntgen geheilt, Lenk 92.
Nebennierenrinde und Geschlechtsentwicklung, Krabbe 269.
Nephrektomie. Duodenalfisteln, Felber 341.
— und Schwangerschaft, Theodor 190.
— wegen Tuberkulose, Wilzbolz 359.
Nephritiker. Kriegs-, Deutsch 557.
Nephritis. Feld-, v. Hecker 556.
Nephrolithiasis, Federoff 602.
Nephropexie, Fedorow 601.
Nephrotomie. Spätblutungen, Rehn 341.
Neurodermitis, Baum 382.
— und Klitoriskarzinom, Müller 578.
— Zur Frage, Bukovsky 382.
Neurofibrom der Kopfschwarte, Flörken u. Steinbiss 456.

Digitized by Google

Neurofibromatose. Weiteres zur Botanomnatur der, Merk 270.
— s. auch Fibroma molluscum, Recklinghausensche Krankheit.
Niere. Bewegung bei der Atmung, Hryntschak 342.
— Fluoroskopische Untersuchung, Hagner 405.
— Karzinom mit Ureterenstein, Bugbee 405.
— Pneumoperitoneale Röntgendiagnostik, Götze 92.
— Solitärzyste, Lion 320.
— Tuberkulose, Fowler 405.
— — Hypothesen, Chute 406.
— Zusammengesetzte Tumoren, Graves u. Templeton 406.
Nierenaufnahme in zwei Projektionseinrichtungen, Sgalitzer 92.
Nierendiagnostik. Funktionelle, Casper 176, 319.
— — Richter 176.
Nierengefäße. Schußverletzung, Molnar 194.
Nierenhypoplasie. Einseitige, Zimmermann 194.
Nierenkonkremente. Schirmdurchleuchtung zur Diagnose der, Eisler 320.
Niereninzisionen, Zimmer 341.
Nierenlager. Pneumoradiographie, Rosenstein 600.
Nierenmangel, Nierenvermehrung, Gruber u. Bing 191.
Nierennarben. Schmerzende, Hammesfahr 602.
Nierenrindenabszesse, Lichtenstern 90.
Nierensteine. Multiple, Short u. Schanz 340.
— Diagnostische Irrtümer, Lehmann 341.
— und Pyelographie, Glas 340.
— Röntgendiagnose, Kienböck 92.
— Selbstbrüche, Kienböck 340.
— Verfeinerung der Diagnose, v. Mezö 341.
Nierentuberkulose. Doppelseitige, Bachrach 90.
— — Paschkis 90.
— Konservative Behandlung, Joseph 320.
— mit Ureterenkolik, Schwarzwald 90.
— Operationsbehandlung der doppelseitigen, Joseph 90.
— Operationsresultate, Wildbolz 90.
Nierentumoren. Bedeutung der Pyelographie, Schwarzwald 320.
Nieren- und Blasentuberkulose. Geheilte, Casper 90.
Noma, Rademacher 438.
Normosal, Assmann 388.
Novasurol. Blut und Diurese bei, Nonnenbruch 608.
— als Diuretikum, Brunn 614.
— Hubert 614.
Novasurol. Diuretische Wirkung, Mühling 614.
Novitan, Stoeber 614.
Nucleus caudatus Syphilis im, Loeper u. Forrestier 293.

Oberflächenspannung, Brinkmann u. van Dam 606.
— Messung, Kirsch 197.
Ödem. Akutes umschriebenes, Quincke 411.
— Das menschliche, Šamberger 143.
— Quinckesches, Nathan 21.
— — Eosinophilie, Gänszlen 412.
Öltherapie. Intravenöse, Lenzmann 615.
Oidien. Hautentzündung durch, Stäheli 262.
Onychie durch Bacillus coli communis, Hollander 435.
Onychomycosis favosa, Kumer 63.
Onychogryphosis bei Ichthyosis hystrix, Heller 338.
Onychorrhexis, Dubreuilh 97.
Opsonogen bei Angina follicularis, Giesbert 459.
Orchitis Bilharzica, Pfister 601.
— durch Micrococcus melitensis, Lombard u. Beguet 317.
Organextrakte bei Hautkrankheiten, Scholtz 270.
Orthoform. Dermatitis nach, Rosenbloom 615.
Oxydation und Reduktion. Systematisierung, Richter 218.
Oxyuriasisbehandlung, Cramer 614.

Pankreas-Syphilis, Wile 339.
*Papillarlinienmuster. Strafrechtliche Verwertung, Dehnow 398.
Papillomatöser Tumor des Penis, Kumer 350.
Paraffinöltumor, Stokes u. Scholl 163.
Parakeratosis scutularis, Patzschke 216.
Paralyse. Progressive, s. Syphilis 8.
Paraphenylendiamin, Fasani-Volarelli 390.
Parapsoriasis, Riecke 218.
— mit Leukoderm, Zurhelle 22.
Parendomyzeserkrankung, Rischin 260.
Paronychie. Exzision des Nagels, Hintze 460.
Partialantigene bei Tuberkulose, Wolffenstein 338.
*— in prognostischer Hinsicht bei Hauttuberkulose, Bergmann 57.
Pečirka, E. Šamberger 384.
Pemphigus conjunctivae, Grouven 378.
— des Mundes, Buschke 23.
— Maligner subakuter, Lane u. Lambert 164.

Digitized by Google

Pemphigus mit Epidermiszysten, Thibierge u. Rabut 115.
— — — Kongenitaler, Jeanselme, Burnier u. Joannou 115.
— — — — Pautrier 120.
— neonatorum und Impetigo contagiosa, Feilchenfeld 416.
— pruriginosus, Kumer 307.
— serpiginosus, Gottron 283.
— vegetans mit Charcot-Leydenschen Kristallen, Schärer 416.
— vulgaris, Arzt 351.
— — Kumer 26, 142, 431.
— — benignus, Flehme 22.
— — Terpentineinspritzung bei, Breuning 28.
Penis. Achsendrehung, Lion 92.
— Induratio plastica, Histologie, Wiedhopf 316.
— Reaktionen, Crawford u. George 404.
— Tuberkulose, Thielmann 316.
— -Gangrän, angiospastische, Wieting 170.
— Karzinom, Emaskulation, Hadda 532.
Pepsinlösung. Kolloidale, Payr 390.
Pepsinsalzsäure. Indikationen, Ahlswede 556.
— -Methode, Ahlswede 340.
Perionychie durch Zuckerwaren, Thibierge u. Legrain 95.
Periorale Entzündung mit Narben, Kren 25.
Perisplenitis bei hereditärer Syphilis, Meyer 70.
Pernionen an den Unterschenkeln, Klingmüller 549.
Pferdeserum gegen Hautkrankheiten, Selitzky 402.
Pflanzliche Antisyphilitika, Thulcke 263.
Pharmakologie der Haut, Luithlen 386.
Phenolphthalein-Dermatitis, Ayres 615.
Photographie. Medizinische, Fox 163.
Pian mit Liquorveränderung, Chatellier 94.
*Pichiextrakt, Deussen 133.
Pigment der Haut. Abtransport, Meyer 241.
— Entstehung, Heudorfer 261.
Pigmentfrage, Kreibich 549.
Pigmentzentren bei Säugetieren, Krieg 200.
Pilzerkrankungen der Kopfhaut. Nachepilation, Fuhs 139.
*Pityriasis amiantacea, Ludovici 154.
— lichenoides, Ehrmann 26, 477.
— — Kren 25.
— — Krüger 140.
— — Mennicke 380.
— — Oppenheim 25, 141, 306.
*— — mit Leukoderma, Almkvist 201.
— — — — Heyn 282.
— rosea, Kumer 26.
— — Leiner 28.
Pityriasis rosea. Milchinjektionen bei, Leiner 415.
— rubra, Peters 379.
— — pilaris, Delbanco u. P. Unna jr. 547.
— — — Kohn 20.
— — — Peters 379.
— versicolor atypica, Arzt 307.
Plasmazellen. Kernveränderung in Umgebung von, Meirowsky 215.
Plasmozytome der Vulva, Martinotti 558.
Pocken. Hämorrhagische, Histogenese, Heinrichsdorff 288.
Pockenerreger. Reinkultur, Fornet 288.
Pocken s. auch Variola.
Poikilodermia atrophicans vascularis, Flehme 547.
Pollakisurie. Refrigeratorische, Bachrach 342.
Polyglanduläre Erkrankung, Landsteiner u. Edelmann 439.
Polymyositis. Ätiologie, Schwarz 291.
Ponndorfsche Hautimpfmethode. Versammlung in Weimar, 451.
Prämykose, Petges 95.
Prokain. Dermatitis durch, Lane 551.
Propeptonuria spuria, Zuckerkandl 342.
Prostata. Einfluß auf die Gesundheit, Bugbee 318.
— Funktion, Sellei 534.
— Röntgenologie, Kraft 534.
— Thermische Behandlung, Pranter 317.
— Tuberkulose im höheren Alter, Gayet 534.
— Versuche mit Extrakten der, Sellei 534.
— Weibliche, Anatomie, Sachs 91.
Prostataatrophie, Waldschmidt 91.
Prostataerkrankungen. Verschiedene, Randall 405.
Prostatahypertrophie, Kornitzer 91.
— Niemeyer 535.
— Behandlung, Porosz 534.
— Diagnose, Barkina 171.
— Konservative Behandlung, Condon 432.
— Resektion der Vasa deferentia, Haberer 172.
— Voelckersche Operation bei, Fischer 535.
Prostatakarzinom, Rubritius 318.
Prostatasteine, Kraft 92.
Prostatektomie, Fischer 91.
— Martin 171.
— Ischiorektale, Orth 407.
— Nierenfunktionsprüfung vor, Kümmell 212.
— Perineale, Jent 359.
— Schwierige, Bugbee 318.
— Schwierigkeiten, Gardner 171.
— Suprapubische Nachbehandlung, Geiser 318.
— Vorbehandlung, Hawkins 186.

Digitized by Google

Prostatismus. Hodeneinpflanzung, Rohleder 174.
Prostatitis. Ätiologie, Strachstein 171.
— gonorrhoica. Diathermie bei, Simmonds 531.
Prostituiertenkontrolle, Scharfe 192.
Prostitution. Sanitäre Kontrolle, Martinotti 560.
— und Tuberkulose, Samson 55, 408.
Proteinkörpertherapie, Stern 606.
*Protoplasmaaktivierung bei Haut- und Haarleiden, Krüger und Pfeiler 105.
Prurigo lymphatica, Dubreuilh 95.
— mitis. Thigenol bei, de Aja 65.
— und Strophulus, Pulay 414.
Pruritus, Müller 20.
— bei Lebertuberkulose, Petges 95.
— essentialis, Szondy u. Haas 439.
— und Furunkulose, Pulay 413.
— vulvae. Röntgenbehandlung, Schlein 266.
Psammokarzinom, Frey 458.
Pseudohermaphrodismus masculinus, Young u. Cash 406.
Pseudopelade, Fischl 477.
— Müller 20.
Pseudosyphilis am weiblichen Genitale, Lipschütz 213.
Pseudoxanthoma elasticum, Friedmann 259.
Psoriasis vulgaris arthropathica, Kumer 142.
— — auf seborrhoischer Grundlage, Reiner 430.
— — behandelt mit endokrinen Extrakten, Camrda 168.
— — der Glans, Sowade 379.
— — der Kopfhaut und Augengegend, Brünauer 62.
— — Eigenartig lokalisierte familiäre, Hoffmann 548.
*— — 150 Fälle, Jordan 445.
*— — Einseitige lineare, Stangenberg 210.
— — geheilt durch Röntgenbestrahlung, Rothbart 415.
— — Höhensonnen- und Röntgenwirkung, Baer 546.
— — Karzinom auf, Romanowsky 218.
— — Natr. salicylicum-Lösung bei, Sachs 28.
— — ostracea, Klingmüller 335.
— — pustulosa, Schaefer 242.
— — Spirochaeta sporogona Rasck, Oelze 28.
— — Therapie, Pranter 28.
— — und erkrankte Gelenke, Herold 22.
— — — Erythema nodosum, Fuhs 63.
— — — Röntgenkarzinom, Halberstädter 282.
— — — Vitiligo syphilitischen Ursprungs, Nonohay 484.
Psoriasis vulgaris universalis, Kumer 63.
— — zur Therapie, Hauck 548.
Pubertätsdrüse, Schmidt 91.
— Seralach 91.
— und Verjüngung, Kohn 318.
Purpura, Randak 479.
— anularis, Edel 432.
— — teleangiectodes, Nobl 139.
— haemorrhagica durch Streptococcus haemolyticus, Jacobson 185.
— in 3 aufeinanderfolgenden Schwangerschaften, Vignes u. Stiassnie 266.
— papulosa, Menze 338.
— rheumatica, Pelnár 383.
— traumatische, Hirsch 411.
— variolosa, Boehm 288.
Pyelitis bei Prostatikern, Heim 501.
— Neosalvarsan bei, Rencker 550.
— Pyonephrose, Wossidlo 601.
Pyelographie, Eisendraht 92.
— v. Lichtenberg 92.
— Praetorius 601.
— bei Nierentumoren, Schwarzwald 558.
— für kleinste Konkremente, Blum 358.
— Gefahrlose, v. Lichtenberg 359.
Pyelon, Barreau 601.
Pyeloskopie, Bachrach 92.
Pyelo- u. Nephrolithotomie, Scheyer 557.
Pyelozystitis bei Neugeborenen, Hornung 194.
Pyonephrose im Röntgenbild, Mosenthal 600.
Pyorrhoea alveolaris. Behandlung, Reinhold 285.
Pyurie. Aseptische renale, Runeberg 194.

Quecksilber s. Syphilis.
*Quellungs- und Entquellungserscheinungen in der Pathologie der Haut, Pulay 609.

Radioaktive Präparate. Homogenisierung der Strahlung, Walter 265.
Radiumbehandlung, Failla 340.
— bösartiger Hautkrankheiten, Quick 434.
Radium- und Röntgenwirkung auf lymphoides Gewebe, Levin 265.
Rattenparabiosen, Matsuyama 319, 341.
Raynaudsche Krankheit. Mikrokapillarbeobachtung, Halpert 266.
Recklinghausensche Krankheit, Übersohaer 283.
— — bei Negern, Weiß 340.
— — und endokrines System, Levin 434.
Reiztherapie, Rolly 247.
Residualharn. Allmähliches Ablassen, Foulds 406.
Renale Neuralgie. Idiopathische, Heymann 600.
Retentio testis. Operation, Küttner 318.
Revakzination, Sobernheim 55.

Digitized by Google

Rhinophyma. Dekortikation bei, Dubreuilh 96.
Rhinosklerom, Hellmann 349.
— in Marokko, Dekester u. Martin 160.
Rhus diversiloba. Dermatitis, McNair 555.
— Vergiftung, McNair 164.
— Dermatitis, McNair 162.
— — Mittel gegen, McNair 166.
Riehlsche Melanose, Grütz 334.
Röntgenbehandlung chronischer Knochenerkrankungen, Philips u. Finkelstein 409.
— mit harten Strahlen, Lebon 616.
Röntgenbestrahlung akuter eitriger Knochenentzündungen, Freund 51.
— Reizkörperwirkung nach, Müller 615.
Röntgenbetrieb. Schutzmaßregeln, Lorey 265.
Röntgendiagnostik. Urologische, Eisler 92.
Röntgendosierung, Goodman 187.
Röntgendosis. Höhe der — vom biologischen Standpunkt, Holzknecht 265.
Röntgenschädigungen, Holfelder 410.
Röntgenstrahlen. Bedeutung für die Theorie der Arzneiwirkung, Cattani 409.
— Dosierung, Satenstein u. Remer 552.
— Einfluß der Plus- und Minuszonen auf Karzinomheilung, Wieser 409.
— Idiosynkrasie, Heß 337.
— in der Urologie, Holzknecht 92.
— Problem d. Reizwirkung, Halberstädter u. Simons 392.
— Sekundäre, Ausschaltung, Abrams 410.
— Veränderungen der Erythrozyten im Ultramikroskop, Ulrich 409.
— Vorschlag zur Charakterisierung, Staunig 616.
Röntgentherapie bösartiger Erkrankungen, Meyer 266.
— Grundlagen, Dietlen 265.
Röntgen- und Radiumdermatitis, MacKee u. Andrews 165.
Röntgenverbrennung, Kurtzahn 266.
Röntgenverbrennungsgefahr nach Medikamenten, Fraenkel 410.
Röhrenabstand. Einfluß auf den Dosenquotienten, Friedrich u. Körner 265.
Roseola paratyphosa, Fraenkel 462.
RotlaufähnlicheHauterkrankung, Groussing 29.
— — Rösel 29.
— — s. auch Schweinerotlauf.
Rotlaufinfektion beim Menschen, Salinger 29.
Rotz beim Menschen, Jackobi 438.
Russelsche Körperchen, v. Müller 364.

Säurefeste Bazillen. Hautkrankheit durch, Marchoux 160.
Salvarsan bei Maltafieber, Bertoloty 66.
Samenblase. Zur Pharmakologie, Kofler u. Perutz 338.
Samenblasen. Entzündung, Zigler 172.
Samenstrang. Peripher auf den — wirkende Mittel, Perutz u. Taigner 216.
Samenwege. Folgen der Unterbrechung für Hoden und Prostata, Wehner 407.
Sarkoid bei einem Syphilitiker, Pautrier u. Zimmerlin 358.
Sarkoid Boeck, Finnerud 434.
— — Pathogenese, Strandberg 190.
Sarkoid s. auch Boecksches Sarkoid.
Sarkom. Multiples idiopathisches Pigment-, Sequeira 65.
Sarcoma idiopathicum multiplex, Frost 340.
Sarkomatose. Angeborene, Schlossmann 284.
Sarkome. Röntgenbehandlung, Seitz u. Wintz 616.
*Schäffer, Jean, Westberg 575.
Schanker. Weicher, der Zunge, Dujardin u. Ducré 187.
— — durch Bazillenträger, de Aja 66.
— — Metastasen an den Unterschenkeln, Lennhoff 213.
— — neue Behandlung, Queyrat 98.
— — serpiginöser, geheilt durch Tuberkulin, Covisa 66.
— — Übertragung auf Kaninchen, Reenstierna 185.
— — WR, Thibierge u. Legrain 98.
— — s. auch Ulcus molle.
Scharlach. Auslöschphänomen, Dorner 462.
— Inokulationsversuche, Dick 287.
— und Varizellen gleichzeitig, Lewy 54.
— -Auslöschphänomen, Meyer-Estorf 54.
— -Rekonvaleszentenserum. Todesfall, Cohn 54.
Scheidenbildung. Künstliche, Wallenstein 342.
Schimmelpilze, Reinkultur, Eggedi 604.
Schmerzempfindung bei Wärmereizen, Kauffmann 197.
Schrumpfniere, Pal 92.
Schuppe, Haar und Haarscheibe, Miguel 364.
Schusterdaumen-Krebs, Stahr 458.
Schusterspanverbände, Esser 391.
Schutzpockenimpfung in Bayern, Groth 55.
Schwefelbäder. Eilser, Weiß 246.
Schwefelsäureverätzung, Oppenheim 141.
Schweinerotlauf auf den Menschen übertragbar, Walleczek 438.
— beim Menschen, Goldschmidt 438.
— — — Stengel 438.
— Übertragung auf den Menschen, Veilchenblau 29.
— s. auch Rotlaufähnliche Hauterkrankung.
Schweißdrüsenentzündung. Röntgenbestrahlung der, Basch 29.

Digitized by Google

Schweißdrüsengeschwülste. Krompechers Ableitung der, Ricker 352.
Schwielen bei Tucharbeitern, Oppenheim 415.
Schwitzen. Verschiedene Arten, Toomey 433.
Seborrhoe, Sellei 411.
Sedimentierungsgeschwindigkeit im Zitratblut, Mayr 260.
Seifen in der Therapie, Rost 246.
Seifenfabrikation, Schrauth 243.
Sexualorgane. Einfluß von Röntgen- und Quarzlicht auf Erkrankungen der, Meyer 598.
Sexualpsychologie des Kindesalters. Konstitution und Erlebnis in der, Moses 580.
Silberpräparate. Desinfizierende Wirkung, Bernhard 245.
Sinushaare, Müller 364.
*Skabies. Ameisensäuredämpfe bei, Rothman 570.
— Behandlung, Kiess 382.
— Catamin gegen, Drexler 461.
— in der Türkei, Oelze 286.
— Opsonischer Index für Staphylokokken im Blutserum, Löwenfeld 286.
Skabies s. auch Krätze.
Sklerem der Neugeborenen, Bernheim-Karrer 457.
Sklerodermie, Erichson 334.
— Fuhs 139.
— Ausgedehnte, Braun 49.
— Dystrophien, Curschmann 457.
— en plaques, Peters 379.
— Familiäre, Müller 20.
— mit Arsen im Harn, Ayres 551.
— mit Veränderungen der Mundschleimhaut, Arzt 308.
— Röntgenbehandlung, Hammer 49.
— und Morbus Basedow, Dubreuilh 94.
— und Sklerodaktylie, Pulay 49.
— — — Sachs 25.
— universale, Krüger 61.
Skorbut. Experimenteller, Mouriquand u. Michel 30.
Sphinkterkrampf. Retention durch, Rubritius 91.
Spindelzellensarkom, Vollmer 21.
Sporotrichose, Dubreuilh 95.
Staphylokokkensepsis, Landau 29.
Staphylokokkenvakzine, Spaas 28.
Stenonephrie, Mannaberg 91.
St. Lazare. Krankenhaus in Paris 80.
Strichförmige Dermatose, Müller 20.
Suprapubische Fisteln, Kielleuthner 91.
Syringom, Arzt 48.
Syringomyelie, Vitrac, Verger u. Piéchaud 97.
Sklerose. Tuberöse Hautveränderungen bei, Weygandt 148.
Skrofulodermnarben. Brücken in, Friedmann 257.
Skrotum. Gangrän, Marchildon 186.
*Soor der Haut, Rajka 561.
— des Kehlkopfes, Langer 460.
Soteran. Wundbehandlung, Knieper 267.
Spermatozoenuntersuchung. Methoden, Huhner 175.
Spermiogenese. Interrenalorgan und, Leupold 173.
Sporotrichose, Geiger 285.
— der Ratte, Pringauld u. Vigne 116.
— Granulom, vitale Färbung, d'Agata 286.
Stalagmometrischer Quotient, Schemensky 606.
Stannoxyl, Hübschmann 384.
Staphylokokken- und Streptokokkenherde, Infektions- und Reaktionsvorgänge, Rosenbach 436.
Starkstromverletzung, Fuhs 350.
Starkstromverletzungen, Hein 264.
Staubdermatosen, Michelson 190.
Steinachs Lehre. Ist — zwingend? Kyrle 174.
Steinschneider. Holländische Darstellung, Martin 501.
Steinschnitt auf Schweizer Glasmalereien, Martin 185.
Sterilisationsbehandlung frischer Lues, Gennerich 243.
Sterilität. Temporäre künstliche, Pirkner 343.
— Weibliche, Ursachen, Winter 196.
Stomatitis. Einseitige, Oppenheim 306.
— nach weißer Präzipitatsalbe, Riehl 430.
— Septische, Widowitz 285.
Strahlenbehandlung des Auges, Chotzen u. Kuznitzky 392.
Streptodermie. Erysipel, Unna 269.
Superinfektion, Lange 604.
Symbolismus, alter, Stone 501.
Synoviale Hautveränderungen, MacKee u. Andrews 165.
Syringom, Iwanow 403.
— der Augenlider, Martinotti 456.

Syphilis.

1. Allgemeines.

Abgrenzung der 1. von der 2. Periode bei Syphilis, Stühmer 71.
Diagnose und Therapie der Syphilis. Moderne Stellung des Arztes, Buschke 291.
Ehe und Syphilis, Kleeberg 292.
Ehegatten. Syphilis bei, Piquet 613.
Familiäre Syphilis, Audrain u. Malouvrier 116.
— Stümpke 70.
Fibrin in syphilitischen Prozessen, Urbach 263.
Frauen. Syphilis verheirateter, Luce 484.
Frühgeschichte der Syphilis, Sigerist 69.

Digitized by Google

Generation. Syphilis der zweiten und dritten, Audrain 115.
Geschlechtskrankheiten, Mac Donagh 436.
Gestation. Bedeutung der Lues, Homberger 484.
Ideen über Syphilis, Nonohay 484.
Kaninchenspirochätose. Spontane, Levaditi, Marie u. Isaïcu 503.
Kaninchensyphilis. Originäre, Schereschewsky u. Worms 244.
Karzinom. Syphilis und, Barinbaum 260.
Luesdiagnose. Neuere Methoden, Winkler 507.
Lymphozytose. Klinische Bedeutung für die Syphilis, Bergel 24.
Miliarsyphilome. Pathologische Einheitlichkeit, Schneider 76.
Neger. Syphilis beim Weißen und, Zimmermann 164.
Observatione de lue. In, Steinert 294.
Organluetin. Reaktionen bei Tertiärluetischen, Müller u. Planner 77.
Parasyphilis oder Plaut-Vincent, Spiegelberg 76.
— und Mundspirochätosen, Wolffheim 75.
Pathologische Anatomie der Syphilis, Lubarsch 543.
Reinfektion. Syphilitische, Arzt 140.
— — Belgodère 579.
— — Lagage 579.
— — Oltramare 578.
— — Sarrat 579.
— — Williams 340.
— — Yerouchalmi 579.
— — bemerkenswerter Fall, Isaacson 71.
— — Beweis für Heilung der Syphilis? Pick 484.
— — interessante Fälle, Lesser 510.
— — zwei Fälle, Jeanselme u. Burnier 119.
Schwangerschaft und Lues, Hornung 292.
Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Syphilis, Nathan u. Herold 76.
Syphilidologe existenzberechtigt? Ist der, Bruck 484.
Syphilis. Akute Ausbreitung frischer, Stoeckenius 551.
— Atlas, v. Zumbusch 603.
— d'emblée, Audry u. Chatelier 98.
— Derzeitige Lehre, Kyrle 455.
— gravis, Kiendl 338.
Syphilisdiagnose, Watterston 501.
— Drüsenpunktion und, Droop 241.
Syphilisfälle. Diagnose und Behandlung, Moore 500.
Syphilisinfektion vor der Geburt, Sequeira 296.
Syphilisprobleme. Schwebende, Jessner 70.
Syphilisprophylaxe. Experimentelle Beiträge, Worms 101.
Syphilitiker. Heirat, Bory 292.
Toxische Exantheme. Verlauf der Syphilis, Lewi 74.

2. Ätiologie der Syphilis.

Lymphdrüsenpunktion bei primärer Lues, Ziegler 76.
Spirochaete pallida. Kulturen, Levaditi 503.
— — in abgeheilten Mundplaques, Scheele 504.
— — in der Harnröhre, Friedländer 486.
*— — Lebensdauer, Rubin u. v. Szentkirályi 84, 504.
— — Morphologie, Saphir 352.
— — Querteilung, Poleck 243.
— — Resistenz, Ziemann 503.
Spirochaeta pallida und Spirochaeta cuniculi, Kolle, Ruppert u. Möbius 549.
— — Virulenz nach Therapie, Arzt u. Kerl 241.
— — Wirkung des Salvarsans auf, Frei 258.
Spirochäten im Gefrierschnitt und in der Leber, Benda 545.
Spirochätenfärbungen. Neue, Lennhoff 380.
Spirochaetosis arthritica, Reiter 295.
— — Stühmer 295.
Spirochätotropie und Luesprophylaktika, Schereschewsky u. Worms 100.
Syphilis im Lichte experimenteller Trypanosomenforschung, Stühmer 147.
Syphilisspirochätenresistenz, Ziemann 45.
Treponema pallidum, Neue Färbemethode, Ruppert 76.

3. Experimentelle Syphilis.

Genitalspirochätose des Kaninchens, Lersey u. Kuczynski 70.
Immunitätsstudien bei experimenteller Syphilis, Eberson 162.
Kaninchen. Erzeugung klinischer Bilder der Syphilis, Brown u. Pearce 552.
— mit sekundärer Syphilis, Frühwald 380.
Kaninchensyphilis, Barbaglia 355.
— Schereschewsky u. Worms 295.
— Originäre, Dosquet u. Kuczynski 70.
Spirochaeta pallida. Verbreitung bei experimenteller Syphilis, Eberson 339.

4. Serologie der Syphilis; Liquor.

Ambozeptorbildung durch Deutero-Albumoseinjektion, Schulz 550.
Antigene. Cholesterinierte, Kilduffe 555.
Cholesterin im Blutserum von Luetikern, Rothenberger-Nathan 550.
Cholesterinantigen, Rhamy 480.
Flocken beim Luesnachweis. Biologisches Verhalten, Sachs u. Sahlmann 99.

Digitized by Google

Flocken. Chemische Zusammensetzung, Epstein u. Paul 506.
Flockungsreaktion. Frühzeitig ablesbare, Dold 80.
— Neue, Hecht 606.
Flockungsreaktionen. Gleichartige chemische Natur der Flocken bei verschiedenen, Niederhoff 99.
Formaldehyd. Aufhebung der Reaktionsfähigkeit luetischer Sera durch, Dold 506.
Goldfällungskurve. Vaskuläre und meningitische Form der, Löwy, Brandt u. Mras 100.
Goldsolreaktion, Mayr 260.
Hermann-Perutzsche Reaktion, Petrow 507.
Kammerwasseruntersuchungen bei syphilitischen und nichtsyphilitischen Augenerkrankungen, Gilbert u. Plaut 77.
Komplement. Künstliches, Liebermann 222.
Komplementauswertung bei WR, Gaehtgens 79.
Komplementbindungsreaktion und Flockungsreaktion, Dold 506.
— Versuch, die Empfindlichkeit zu verstärken, Kellogg 553.
Komplementgehalt des Blutes, Brinkmann 223.
Lipoidantikörper und WR, Much u. Schmidt 78.
Lipoide. Pseudonegative WR, Peritz 78.
Lipoidflocken. Herkunft, Niederhoff 506.
Liquor cerebrospinalis bei Inaktivierung mit Hitze, Eicke 506.
— — Kollargol zur Untersuchung des, Ellinger 99.
— — Unterschiede an verschiedenen Stellen des Subarachnoidealraumes, Weigelt 223.
Liquorbefunde bei kongenitaler Lues, Breuer 295.
— bei normalen und syphilitischen Kaninchen, Plaut u. Mulzer 100.
Liquorlues, Nast 216.
Liquorströmung im spinalen Arachnoidealsack, Becker 223.
Liquoruntersuchungen bei Syphilis, Schüber 260.
Liquorveränderungen bei latenter Lues Prostituierter, Brandt u. Mras 259.
Lumpalpunktion. Erfahrungen, Fuhs u. Schallinger 336.
— Patellarreflex nach, Kahler 223.
— und Luesdiagnose, Fehsenfeld 77.
Lumbalpunktionsnadel, Eisner 391.
Lues gummosa und Liquor, Kyrle 213.
Lymphozyten. Bedeutung für die Syphilis und WR, Bergel 78.
Mastixreaktion. Ergänzte, Goebel 222.
Meinicke-Praxis. Reaktion, v. Gutfeld 295.
Organlipoide. Antigene Eigenschaften, Niederhoff 222.
Pandysche Reaktion, Aschenheim 222.
Präzipitinreaktion im Dunkelfeld, Oelze 222.
Quecksilber. Hämolyse durch, Bechhold 604.
Rückenmarksflüssigkeit in 1869 Syphilisfällen, Wile u. Marshall 552.
*— Reaktion des kolloidalen Benzoëharzes in der, Mras 369.
*Sachs-Georgi-Meinicke-Reaktion. Einzeitige, Stern u. Evening 235.
Sachs-Georgi-Reaktion, Parker u. Haigh 164.
— Klinische Bewertung, Grütz 261.
— Chemische Zusammensetzung der Flocken, Klostermann u. Weisbach 99.
— der Rückenmarksflüssigkeit, Harryman 434.
— Einfluß von Temperatur und Salzgehalt, Sachs 143.
— in der Gynäkologie, Váró 507.
— Methodik, Winkler 506.
— Reaktionsfähigkeit des aktiven Serums, Sachs 550.
— Spezifität, Schulz 550.
— und DM, Stern 505.
— und WR, Klienenberger 186.
— — — Kombiniert, Keining 99.
— — — Rothmann 99.
— — — Stühmer u. Mergweiler 99.
Salvarsan. Einfluß auf serologische Reaktion, Felke 260.
Sera. Aktive, Sachs u. Georgi 505.
— Wirkung auf Salvarsan, Pomaret 433.
Serologie der Syphilis. Theorie, Epstein u. Paul 504.
— in der Darstellung Wassermanns, Weil 77.
Serumniederschläge nach Arsphenamin in ihrer Beziehung zu klinischen Störungen, Schamberg, Tokuda u. Kolmer 552.
Sublimathämolyse, Bechhold u. Kraus 605.
*Trübungs-Flockenreaktion nach Dold, Jacobsohn 491.
Wassermannsche Reaktion am Gebärbett, Brünner 507.
— — Amtliche Extrakte, Stern 505.
— — bei Abwarten negativ werdend, Mellor u. Avery 435.
— — bei Nephritikern und Diabetikern, Williams 480.
— — bei Paralyse, Kafka 78.
— — — — Nathan u. Weichbrodt 550.
— — der Rückenmarksflüssigkeit, Kafka 77.
— — Einfluß von Jodkali, Sahm 143.
— — — — Nuklein- und Arseneinspritzungen, Pregowski 312.

Digitized by Google

Wassermannsche Reaktion. Eisbäder, Duke 480.
— — Fehlen bei Paralyse, Levy 295.
— — Herstellung der Antigene, Bloch u. Pomaret 432.
— — im Liquor. Technik, Langer 295.
— — Inaktivierung von Punktionsflüssigkeiten, Lesser 213.
— — Klinische Wertschätzung, Ray 480.
— — Komplementbindung bei der, Kahn 435.
*— — Meine Aktivmethode, Hecht 300.
— — Methodik, Sachs 79.
— — Neue Vorschrift, Neumark u. Wolff 79.
— — Provokation durch Salvarsan, Silberstein 145.
— — SGR und MR, Schneider 505.
— — — und Methode Hecht, Radaeli 355.
— — und SGR. Extrakte aus Meerschweinchenleber für, Stühmer 79.
— — — — Über 1000 Proben, Levinson u. Petersen 553.
— — — — Vergleichende Untersuchungen, Heinemann 505.
— — Spontane Veränderungen der Stärke, Thaysen 79.
— — Umfrage, 187, 578.
— — Vereinheitlichung, Kolmer 296, 480.
— — Verschiedenheiten im Ausfall, Eicke u. Löwenberg 79.
— — Weils Ausführungen zu, v. Wassermann 77.
Zerebrospinalflüssigkeit. Ausfällung des Benzoinkolloids, Porcelli 355.
— Eiweißgehalt, Bloch u. Pomaret 186.

5. Syphilis der Haut und der Schleimhäute.

Gumma im Rachen neben Leukoderma, Popowa 403.
— pharyngis, Fischl 430.
Gummanarben im Gesicht, Strassburg 62.
Hämato-Dermatosen. Syphilitische, Leredde 119.
Hautblutungen bei einem Luetiker, Arzt 142.
Hautkapillaren bei syphilitischen Exanthemen, Krautz 72.
Herxheimersche Reaktion, Ehrhardt 547.
Knötchenförmiges Syphilid, Bournier u. Bloch 119.
Leukoderma syphiliticum, Buschke 239.
*— — Zur Kenntnis, Freymann 84.
— — bei einem Ehepaar, Arzt 63.
Leukomelanodermie. Fälschlich diagnostizierte, Gougerot 484.
Lichen syphiliticus, Arzt 26.
Livedo racemosa bei Lues, Ehrmann 477.
— syphilitica, Mestschersky 402.
Papel oder Reinfektion? Arzt 64.
Papeln. Serpiginöse, Krüger 61.
Pigmentsyphilis, Brünauer 306.
— Queyrat u. Deguignand 117.
— P. Unna jr. 148.
Primäraffekt und periurethraler Abszeß, Zippert u. Stern 71.
Psoriasiforme Lues, Brünauer 306.
Purpuraähnliches Syphilid, Milian, Thibaut u. Périn 116.
Rezidiv. Solitäres, Portilla 65.
Rezidivexantheme. Theorie, Menze 73.
Schanker. Falscher, Stokes 553.
— Gemischter Rezidiv-, Jamin 188.
*Sclerosis urethrae, Gjorgjevic 276.
Serpiginöses Syphilid, Arzt 431.
— — Rusch 477.
Spätexanthem. Luetisches, Kren 26.
Spätsyphilid, Brünauer 350.
— Ulzeröses, Arzt 64.
— Purpuraähnlich, Milian, Thibaut u. Périn 116.
— Serpiginöses, Bonnet 294.
— Tertiäres, am Bein, Dubreuilh 95.
— Tuberkuloides, Müller 20.
— Tubero-serpiginöses, Brünauer 306.
— — Kohn 21.
Syphilis ulcerosa nach überstarker Herxheimer-Reaktion, Oppenheim 25.
Syphilome. Fibroide subkutane, Goodman 167.
Tertiäres Syphilid, Grütz 334.
Toxische Exantheme bei Syphilis. Esophylaxie, Lesser 294.
Tumor fibrosus syphiliticus, Sellei 485.

6. Extragenitale Syphilisinfektion.

Analsklerose, Randak 307.
Brust. Weibliche, Primäraffekt, Thorek 186.
Hand. Multiple Primäraffekte der, Gaviatti 71.
Lippe. Primäraffekt, Portilla 385.
Lupus. Primäraffekt auf, Salomon u. Feit 550.
Oberlippe. Kind mit Primäraffekt der, Jellinek 70.
*Rasierschanker, Helle 376.
Schanker. Extragenitale, Fraser 454.
— Genitale und extragenitale gleichzeitig, Nicolas, Gaté u. Pillon 71.
— 4 Fälle extragenitaler, Boroman 434.
Sklerose der Oberlippe, Fuhs 26.
— der Wange, Fuhs 26.

Digitized by Google

Sklerose durch Zahnbürste, Spitzer 71.
Temporalgegend. Schanker der, Lacassagne 293.
Tonsillenschanker, Hayn 381.
Zahnfleischschanker, Klauder 555.
Zunge. Diphtheroider Schanker, Cubero 65.

7. Syphilis des Bewegungsapparates.

Gelenksyphilis, Broca 485.
Knochenkrankheiten. Radiologische Diagnose, Kienböck 73.
Knochensyphilis, Buschke 113.
Knochenveränderungen an Armen und Beinen bei Erbsyphilis, Desaux u. Boutelier 118.
Mutilierende Syphilis, Spillmann 119.
Rückenschmerz. Syphilitischer, Klauder 161.
Tendovaginitis syphilitica, Unterkircher 476.

8. Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane.

Amblyopie bei Hirnlues, Haenert 294.
Chorioiditis. Zeitgemäßes über, v. Fukala 73.
Friedreichsche Krankheit, Pinard 117.
Gastrische Krisen. Behandlung, Rembe 103.
Iritis syph. In einer Familie 3 Fälle, Escher 612.
Keratitis parenchymatosa, Uhthoff 293.
Lues nervosa, Jahnel 548.
Lues-Epilepsiefrage, Klieneberger 76.
Meningitis cerebrospinalis syphilitica, Nonne 488.
Nervensyphilis. Entstehung, Fraser u. Duncan 166.
— Entstehung, Moore 164.
— bei Eheleuten, Gordon 480.
— — Kindern, Hunt 480.
— Quartäre, Lesser 488.
— und frühe Behandlung, Fraser 479.
*Nervensystem. Lues des vegetativen, Sklarz 393.
Neurodermotrope Syphilis, Barthélemy u. Bruant 116.
Ohr. Inneres, Lokalisation der Syphilis, Rigaud 97.
Ohrenerkrankungen im Verlaufe der Syphilis, Beck u. Kerl 74.
Paralyse. Progressive, Häufigkeit bei kultivierten Völkern, Gärtner 75.
— Salvarsantherapie, Weichbrodt 103.
— und Tabes. Behandlung, Wagner-Jauregg 103.
— Verlauf im Senium, Herschmann 488.
Paralysebehandlung, Fuchs 103.
Pseudotabiker und Übungstherapie, Kouindjy 312.
Pupillenstörungen. Syphilogene, Dreyfus 487.
Rückenmarkserkrankung unter dem Bild der Syringomyelie, Mendel u. Eicke 294.
Spirochäten an der Sehbahn bei Paralyse, Igersheimer 75.
Tabes. Atemstörungen bei, Pette 75.
— Frühdiagnose, Synwoldt 295.
— Mammakrisen bei, Biberstein 501.
— Sugillationen, Pincas 488.
Zentralnervensystem und Unfälle. Syphilis des, Orth 216.

9. Syphilis der inneren Organe, der Brustdrüse und der Lymphdrüsen.

Aneurysma der Arteria axillaris, Kloeppel 485.
Aortensyphilis. Frühbehandlung, Brandenburg 75.
Aortitis syphilitica, Schittenhelm 485.
— — durch Unfall, Lenzmann 485.
Asthenische Zustände nach syphilitischen Drüsenaffektionen, Merklen, Devaux u. Desmoulière 74.
Diabetes und Syphilis, Simmonds 145.
Fieber infolge Lebergumma, Friedman 486.
Gastrische Störungen bei Syphilis, Barthélemy 73.
Gastrohepatisches Syphilom, Girault 486.
Hämoglobinurie bei Syphilis, Burmeister 504.
Herzsyphilis, Brooks 480.
Herz- und Gefäßstörungen bei kongenitaler Lues, Hahn 293.
Icterus praecox syphiliticus, Tachau 240.
Ikterus. Tertiärer, Milian u. Périn 118.
Leberatrophie. Syphilis als ätiologischer Faktor der akuten, Mayer 74.
Lungensyphilis, Elizaldo 485.
— Minton 73.
— Wile u. Marshall 163.
Lymphdrüsen. Histologische Studien an syphilitischen, Zurhelle 337.
— Histopathologie rezentsyphilitischer, Zurhelle 72.
Magendünndarmsyphilis, Sparmann 73.
Milzsyphilis, Wile 339.
Nebenniere bei Syphilis, Covisa 65.
Nephritis. Akute syphilitische, Elliott u. Todd 555.
Phlebitis syphilitica, Unterkircher 476.
— — Versé 544.
Sektionsprotokolle von Syphilis, Heller 545.
Thymus. Syphilis der, Hart 293.
Viszerale Syphilis, Pick 544.

Digitized by Google

10. Syphilis des Urogenitalapparates.
Orchitis syphilitica, Zeissl 486.
Ovarium. Gumma, Kubinyi u. Johan 487.
Pars cavernosa penis. Syphilitische Sklerose, Covisa.
Uterus. Maligne Syphilis des, Gellhorn 487.

11. Hereditäre Syphilis.
Angeborene Syphilis und ihre Behandlung, Böing 101.
Azoospermie bei einem Hereditärsyphilitischen, Simon 93.
Behandlung hereditärer Syphilis, Pinard u. Giraud 117.
Diagnose der kongenitalen Lues, Stoll 292.
Epiphyseolysis humeri, Vas 502.
Eunuchoidismus auf syphilitischer Basis, Wittgenstein u. Kroner 74.
Heredität. Experimentelle Studie zur syphilitischen, Levaditi, Marie u. Isaïcu 503.
Herz- und Gefäßstörungen bei Lues congenita, Hahn 70.
Hutchinsonsche Zähne, Mayer 508.
— — Vorkommen und Häufigkeit, Heimann 548.
Hutchinsonscher Zahn, Davidsohn 70.
Kind. Hereditär-luetisches — mit negativer WR der Mutter, Arzt 27.
*Knochensyphilis. Kongenitale, Pick 540.
Knochensystem. Angeborene Frühsyphilis, Schneider 502.
Lebersyphilis. Kongenitale, Lütge 293.
Lunge. Gummen bei Neugeborenen, Bonnet 486.
Physiognomische Erkenntnis der kongenitalen Syphilis in der 2. und 3. Generation, Kranz 502.
Quecksilberbehandlung. Mißerfolg bei einem kongenital-syphilitischen Kinde, Leredde u. Drouet 118.
Säuglingssyphilis. Behandlung, Pinard u. Giraud 117.
Schneidezähne. Fehlen der oberen lateralen, Cadenat 160.
Synovitis heredoluetica, Krüger 306.
Syphilis congenita tarda, Grütz 335.
— Familiäre und kongenitale, Audrain u. Malouvrier 116.
— Tardive kongenitale, Pinard 97.
Zwillinge mit hereditärer Lues, Arzt 64.

12. Allgemeine Therapie der Syphilis.
Abortivbehandlung der Syphilis, Lesser 101.
Behandlung der Syphilis, Feldmann 480.
Behandlung der Syphilis, Michel u. Goodmann 296.
— Grundsätze der Syphilis-, Lück 380.
Frühsyphilis. Behandlung, Rost 508.
Naturheilung bei Syphilis, Lesser 308.
Sekundäre Syphilis. Behandlung, Brandweiner 510.
Selbstheilung der Syphilis, Lesser 74, 104.
Syphilisbehandlung, Jadassohn 508.
— Stümpke 102.
— Neue Probleme, Lesser 102.
Syphilistherapie, Schäffer 102.
— des praktischen Arztes, Finger 101.

13. Quecksilberbehandlung der Syphilis.
Cyarsal s. Salvarsanbehandlung.
Fremdkörpertumoren nach Quecksilberinjektion, Planner 142.
Hydrargyrum cyanatum. Synkopekrisen nach, Greenberg 579.
— succinimidatum. Zosteriforme Hautnekrose nach, Jadassohn 104.
— — — — — Saphier 104.
Inunktionskur. Höherer Nahrungsbedarf bei, Schiller 296.
Merkuriol. Tod nach, Björling 188.
Quecksilberbehandlung kongenitaler Syphilis. Mißerfolg bei, Leredde u. Drouet 118.
— intravenöse, Weise 337.
*Quecksilberinjektion. Neue Technik, Pontoppidan 348.
Quecksilberpräparate. Gebräuchliche, Hauck 104.
— Neuere, Sellei 509.
Selbstheilung der Syphilis und Quecksilber, Rosenthal 508.
*Stomatitis mercurialis, Schreus 332.
*— — Behandlung, Hammer 158.
*— — Berichtigung, Almkvist 155.
— — Ulzeröse, Entstehung, Freundlich 104.
Sublimatvergiftung, Rosenbaum 509.
Vaginitis durch Quecksilberintoxikation, Jäger 509.

14. Salvarsanbehandlung (einschließl. kombinierte Salvarsanbehandlung) der Syphilis.
Abortivkur bei Primärlues, Spiethoff 308.
*Arsendermatitis. Lichenoide, Keller 9.
Arsenerythem, Milian u. Mouquin 95.
Arsenik. Drei- und fünfwertiger, Schamberg 608.
Arsenobenzol. Chok durch, Pomaret 119.
— Schädigungen, Cheinisse 126.
Arsenstomatitis, Laurentier 97.

Digitized by Google

Azetonurie bei Salvarsandermatitis, Désaux, Bauxis-Lagrave, Boutelier u. Barbier 116.
Cyarsal mit Neosalvarsan, Nagel 381.
— und Silbersalvarsan, Lenzmann 511.
*—-Neosalvarsan-Mischspritze, Ehrmann 159.
Dermatitis exfoliativa nach Neosalvarsan, Šrámek 382.
— nach Salvarsan-Quecksilberbehandlung, Peters 310.
Exantheme nach Salvarsan. Einfluß auf den Verlauf der Syphilis, Birnbaum 309.
Fieber nach den ersten Salvarsangaben, Assmann 546.
Formaldehydkomponente des Neosalvarsans, Friedmann u. Schwarzwald 308.
— — — Sachs 511.
Hämaturie nach Neosalvarsan. Paroxysmale, Rohrböck 527.
Histologische Veränderungen bei Kaninchen durch Arsphenamin und Quecksilber, Kolmer u. Lucke 553, 554.
Hypertension. Arterielle, Behandlung mit Salvarsan, Audry u. Nanta 93.
Ikterus nach Noma und Salvarsanbehandlung, Milian 93.
— — Salvarsan, Bodin 96.
— — — Dicke 309.
— — — Richter 310.
— Tödlicher, nach Salvarsan, Arnozan, Petges u. Damade 95.
— und Nephritis nach Salvarsan, Bousquet u. Petges 95.
Jod-Salvarsan. Einzeitig, Dub 124.
Leberschädigung bei Lues und Salvarsan, Kirch u. Freundlich 352.
Lichen-ruber-ähnliche Salvarsandermatitis, Rost 22.
Meningitische Symptome bei Salvarsanbehandlung, Stümpke 126.
Neosalvarsan. Identitätsproben, Kofler u. Perutz 528.
— Nebenerscheinungen, Ravaut 613.
— Stomatitis und perniziöse Anämie nach, Moore u. Keidel 165.
— Todesfall nach, Caluzzi 354.
Neosalvarsan-Novasurol, Schmalz 124.
Neosalvarsan-Novasurolbehandlung, Baer 577.
— Issel 512.
— Bennigson 309.
Neosalvarsan-Novasurol. Todesfall nach, Neustadt 104.
— und Neosalvarsan-Cyarsal, Gutmann 309.
Neosilbersalvarsan, Kolle 510.
— Neuendorff 380.
— mit Novasurol, Krebs 381.
*Neosilbersalvarsan. Neue Erfahrungen, Weber 523.
Neosilbersalvarsannatrium, Dub 124.
Neurorezidiv der Cauda equina, Zloczower 125.
— Trochlearislähmung, Nyáry 125.
Neurorezidive und Paralyse nach Salvarsan, Krug 312.
Nitritoide Krise, Leredde u. Drouet 311.
— Krisen. Lokalisierte, Bargues 96.
— — Prophylaxe, Milian 310.
Novarsenbenzol. Vergiftungen, Greenberg 187.
— Billon, Vergiftungen, Mouradion 187.
— Toxische Serie, Laurent 117.
Paralyse. Silbersalvarsan bei, Bertoloty 385.
Reinfektion nach Salvarsan, Zeissl 484.
Salvarsan. Dosierung, Brock 124.
— Einfluß von — auf serologische Reaktion, Felke 260.
— Kriegspathologische Erfahrungen, Jaffé u. Sternberg 310.
— mit Traubenzucker. Spirillozide Wirkung, Steinberg 511.
— Syphilis refraktär gegen, Lutz 101.
— Richtlinien für Anwendung 30.
Salvarsanausscheidung durch die Niere, Bernstein 546.
Salvarsanexanthem, Grütz 335.
— Fixes, Stern 125.
— — Süring 526.
Salvarsanexantheme, Kuznitzky u. Langner 526.
— Sellei 512.
— Einfluß auf den Syphilisverlauf, Bruck 125.
— Lichen-ruber-ähnlich, Buschke u. Freymann 527.
Salvarsanhetze 560.
Salvarsanikterus. Zur Kritik des, Tachau 125.
Salvarsannatrium, Michelson u. Siperstein 166.
Salvarsannebenwirkungen, Langer 527.
Salvarsanpräparate. Chemotherapeutische Aktivierung, Kolle 512.
Salvarsanpräparate. Spirillozide Wirkung, Wienert 149.
Salvarsanquecksilber. Schädigungen, Mayr u. Thieme 215.
Salvarsanquecksilberbehandlung, Pontoppidan 353.
— Reines 309.
— Dauererfolge, Scholtz u. Willmer 145.
Salvarsanschädigungen als Störung des Ionengleichgewichtes, Jacobsohn u. Sklarz 310, 527.

Digitized by Google

Salvarsanschädigungen. Verhütung, Markus 125.
Salvarsantherapie, Hoffmann u. Mergelsberg 577.
— der Paralyse, Weichbrodt 103.
— Endolumbale, Berkenau 103.
Salvarsantod bei Malaria, Glaser 126.
— im Wochenbett, Lorenzen 126.
Salvarsantodesfall, Hanser 126.
Salvarsantoxizität. Herabsetzung bei, Wiesenack 125.
Silbersalvarsan, Boas 511.
— Abortivbehandlung mit, Engleson 510.
— bei multipler Sklerose, Meyersohn 312.
— Biologische Wirkung, Karczag u. Heténvi.
— Dauerwirkung, Brüning 511.
— Serologische Erfahrungen, Ahman 510.
— und Salvarsannatrium. Gemisch von, Überhuber 309.
Silbersalvarsan und WR, de Aja u. Echeverria 66.
Silbersalvarsanexanthem, Ullmann 140.
Sterilisierung der Syphilis. Mißlingen, Pinard 98.
Sublimatsalvarsan, Fischl u. Schnepp 124.
Sublimatsalvarsaneinspritzung, Rothman 123.
Sulfarsenol, del Vivo 354.
— WR nach, Duroeux 312.
— Wirkung, Papegay u. Rinsema 188.
Sulfoxylatsalvarsan, Kumer 337.
Todesfälle nach Salvarsan, Hein 238.
— — — Sussig 528.
Trepol, Brytschow 403.
Verteilung von As und Hg nach Salvarsan-Hg-Behandlung, Fränkel u. Ulrich 311.
WR nach Neo-Arsphenamin, Simon 556.

15. Sonstige Heilmittel bei Syphilis.

Dijodyl und Blutbild, Fischer 390.
Jodival. Eigentümliche Wirkung, König 560.
Jodkalium bei Syphilis, de Aja 386.
Lichtbehandlung bei Lues, Schindler 103.
Milchinjektionen bei Syphilis, Sellei u. Krausz 528.
— — — latens, Gussmann 528.
Mirion, Hajos 509.
— Urban 509.
*— Erfahrungen mit, Gaertner 14.
Pflanzliche Antisyphilitica, Thulcke 263.
Schanker. Harter, Pepsin bei, de Grado 65.
Wismut. Behandlung der Syphilis mit, Sazerac u. Levaditi 528.
Wismut bei Syphilis und Nagana, Sazerac u. Levaditi 503.
Zuckerlösungen bei Lues. Hypertonische, Pranter 124.

Talgdrüsen. Lokalisierte, Hypersekretion, Rosenthal 219.
Tebezin. Hautveränderungen nach, Fischl 338.
Teerkarzinom. Experimentelles, Lipschütz 64.
— Künstliche Erzeugung, Lipschütz 458.
— — — Yamagiwa 458.
Telangiektasie der Wangen, Buschke 23.
Teratome. Morphologie, Heijl 48.
Terpentin bei venerischen Hautinfektionen, Pacou 97.
Terpentinbehandlung bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, Isaacson 248.
— der Adnextumoren, Földer 559.
*Terpentinersatz. Dermatitiden durch, Galewsky 273.
Terpichintherapie, Karo 387.
Testikuläre Neoplasmen. Radiotherapie, Beclère 409.
Thallium. Depilation mit, de Aja u. Zuloaga 385.
*— Endokrine Wirkung, Buschke u. Peiser 443.
Thalliumiontophorese, Fasani-Volarelli 460.
Therapie. Taschenbuch, Schnirer 193.
Therapeutisches aus einer Hautklinik, Ahlswede 433.
Thermalbäderwirkung, Schober 388.
Tiertumoren. Radiumwirkung auf, Wood u. Prime 411.
Tonerdepräparate, Kionka 607.
Transplantationen, Pupovac 224, 414.
Traubenzuckerinjektionen, Scholtz u. Richter 388.
Trichophytia profunda, Randak 479.
Trichophytid. Skarlatiniformes, Naegeli 261.
Trichophytie, Gravagna 613.
— Antikutin im Serum bei, Engwer 52.
— Behandelt mit Gramscher Lösung, Sabouraud 116.
— der Nägel, Hodges 163.
— — — de Riego 66.
— mit Injektion von Gramscher Lösung behandelt, Sabouraud 116.
— Schwer diagnostizierbare, Gravagna 461.
— Trichophytin-Urotropin bei tiefer, Fischer u. Weinstein 52.
— Überempfindlichkeit nach überstandener, Martenstein 214.
Trichophytine. Diagnostische Verwendbarkeit, Markert 67.

Digitized by Google

Trichophytiereaktion beim Kinde. Intradermale, Arnold 353.
Trichophyton. Lebensfähigkeit, Farley 161.
Trichorrhexis, Sabouraud 612.
Trophödem bei Basedow, Sabrazès 97.
Tuberculosis cutis verrucosa, Fischl 430.
— — — erfolglos nach Friedmann behandelt, Poelchau 68.
Tuberculum Carabelli und hereditäre Syphilis, Pautrier 188.
Tuberkelbazillurie, Necker 320.
— durch 14 Jahre, Necker 557.
Tuberkelbazillen. Färbung, Bernblum 221.
— Leuchtbildmethode, Zorn 603.
— Wirkung der Röntgenstrahlen, Haberland u. Klein 68.
Tuberkelbazillenabbau bei Skrofulose, Jastrowitz 55.
Tuberkulid nach Acne indurata, Oppenheim 61.
— — Friedmanninjektion, Finkenrat 283.
— Papulonekrotisches, Kren 476.
— — Kumer 307.
— — Nathan 21.
Tuberkulide und Hyperthyreoidismus, Covisa und Bejarano 385.
Tuberkulin. Alt-, Ersatz durch Milch, v. Friedrich 289.
— Kutanreaktion, Giller 483.
— nach Moro, Kretschmer 67.
— — — Prausnitz 67.
— Wirkung, Selter u. Tancré 289.
— Zuverlässigkeit, Meyer 67.
Tuberkulinkutanreaktionen, Curschmann 289.
Tuberkulinprobe. Vereinfachte, Feer 67.
Tuberkulinrätsel, Much 215.
Tuberkulinreaktion bei chirurgischer Tuberkulose, Rüscher 289.
— Spezifizität, Sons u. v. Mikulicz 67.
— Technik, Lippmann 289.
Tuberkuloderme bei Lungentuberkulose, Martenstein 214.
Tuberkulöse Allergie, Selter 387.
— Geschwüre, Arzt 140.
— Hautgeschwüre, Behandlung mit Zelluloid, Deutsch 69.
— Reinfektion, Köffler 290.
Tuberkulöses Geschwür, Arzt 27.
Tuberkulomuzin, Lilien 483.
Tuberkulose am After, Arzt 477.
— Behandlung mit Schildkrötenbazillen, Haberland 68.
— — — — Kruse 68.
— Bestrahlungsschädigung, Vollhardt 291.
— Chirurgische Behandlung nach Friedmann, Gossmann 68.
Tuberkulose der Halsdrüsen, Assmann 333.
— der Haut, behandelt mit pikrinsaurem Kupfer und Licht, Stowers 65.
— der Haut. Blutbild, Spiethoff 146.
— — — im höheren Alter, Bollag 66.
*— — — Partialantigene in prognostischer Hinsicht, Bergmann 57.
— — — Statistisches, Gardiner 56.
— — Vagina, Poetz 482.
— — Wangenlymphdrüsen, Lenormant 55.
— — weiblichen Genitalien, Toth 559.
— — Zunge, Arzt 477.
— — — Löhe 282.
— des männlichen Genitale. Genese, Sussig 55.
— — Genitale. Röntgentherapie, Vogt 291.
— — weiblichen Genitale, Fuhrmann 290.
— Intrakutanmethoden, Schoenborn 289.
— Isotoxische und antitoxische Behandlung, Somogyi 483.
— Kolliquierende, Arzt 63.
— Schädigung durch Sonnenbestrahlung, Kock 392.
— Spezifische Therapie, Uhlenhuth 482.
— Strahlenbehandlung, de la Camp 482.
— und Syphilis, Hollander u. Narr 164.
— — — Koinzidenz in Lymphdrüsen, Frei u. Spitzer 483.
— — peripheres Gefäßsystem, Liebermeister 56.
— Weibliche Unterleibs- und Genital-, Freund 56.
— Zirkumzisions-, Wolff 482.
Tuberkuloseimmunität, Wolff-Eisner 149.
Tuberkulosemittel aus Schildkrötenbazillen, Heymann 290.
Tuberkulosetherapie. Erreichbare Ziele der spezifischen, Selter 56.
Tumoren. Biologische Fragen d. Strahlentherapie maligner, Halberstaedter 50.
Tumoren. Maligne, Röntgentherapie, Wieser 92.
Typhustrockenvakzin, Chiba 604.
Typhus. Roseola, Poehlmann 218.

Uga-Bohnen, Friedenthal 390.
Ulcus molle am Oberschenkel, Cubero 385.
— — Milchbehandlung, Berndt 127.
*— — mit Septikopyämie, Amstad 443.
— — serpiginosum, Fasani-Volarelli 354.
— — WR bei, Thibierge u. Legrain 313.

Digitized by Google

Ulcus molle. WR bei, Birnbaum 336.
— — s. auch Schanker, weicher.
— phagedaenicum cruris, Brünauer 350.
— vulvae acutum, Bentler 558.
— — — Biegel 242.
— — — Lipschütz u. Brünauer 351.
— — — und Bacillus crassus, Lipschütz 262.
Ulerythema centrifugum, Unna 189.
Ultramikroskopie, Fantl 408.
— der Stromata, Salén 605.
Unterschenkelgeschwür. Behandlung, Jessner 220.
Untersuchungstisch. Zystoskopischer, Young 406.
Urämie. Temperaturregelung, Schütz 342.
Ureter. Doppel-, Vidfelt 557.
— Doppelmißbildungen, Brattström 599.
— Mißbildung, Brattström 557.
Ureterenkatheterismus bei infizierter Blase, Klika 601.
— — Niereneiterung, Keane 185.
Ureterimplantation, Weibel 91.
Ureterkatheter. Liefert der — unvermischten Urin? Pflaumer 176.
Ureterozele, Michel 501.
Ureterostium. Insuffizienz des vesikalen, Zinner 90.
— Zystische Dilatation des vesikalen, Pendl 90.
Ureter-Vaginalfisteln, Pleschner 598.
Ureterverdopplung, Pleschner 319.
Ureterverschluß durch Drüsentuberkulose, Valentin 557.
Urethra. Histologische Veränderungen nach Argirininjektion, Fasani-Volarelli 169.
— posterior. Operationen an der, Mac Gowan 186.
Urethritis anterior. Chirurgische Behandlung, Reisler 432.
— durch Fusospirillose, Driscoll 501.
— Nichtgonorrhoische, Holzessig bei, Greenberg 579.
— protozoica, Thim 602.
Urin von mit Kupfersilikat Behandelten, Gräfin von Linden 222.
Urinverhaltung. Urotropin bei postoperativer, Vogt 533.
Urobilinreaktion, Hausmann 606.
Urologie und praktischer Arzt, Smith 315.
Urologische Gesellschaft. Berliner 80.
— — Italienische 80.
— Kliniken Europas, Eisendraht 406.
Urticaria, Baum 382.
*— bei Lues hereditaria, Wagner 489.
— bei Scharlach, Soucek 287.
— chronica, Sachs 476.
Urticaria. Pathogenese, Török u. Lehner 147.
— pigmentosa, Oppenheim 349.
— — Mandel 358.
— recidivans, Oppenheim 25.

Vagina. Fremdkörper in der, Koopmann 558.
— Tuberkulose, Poetz 482.
Vakzine. Herstellung bei trockener Hitze, Chiba 604.
— Sekundäre der Zunge, Langsch 55.
— — — Tonsille, Hedrich 55.
— Wirkungsweise und Altern, Buschke u. Langer 530.
Vakzinetherapie, Rimpau u. Keck 28.
— der Urethritis, Nanta 98.
Varikozele. Behandlung, Isnardi 171.
Variköses Geschwür nach Sicard behandelt, Forns 66.
— — — — — de Grado 65.
Variola. Elektrokollargol, Brancia 463.
— Diagnose durch Überimpfung auf die Kaninchenhornhaut, Hoffmann 463.
— s. auch Pocken.
Varizellen. Histologie, Hammerschmidt 54.
Varizen. Saphenofemorale, Hesse u. Schaack 267.
— Sublimateinspritzung, Linser 412.
— Technik intravenöser Injektion, Model 412.
— und Schwangerschaft, Stübel 412.
Vas deferens. Punktion, Sanders 151.
— — Verschluß, Wade 501.
Vaselinoderma, Heller 238.
— auf Bromoderma, Kumer 26.
— verrucosum, Oppenheim 216.
Venerische Erkrankungen in der Leipziger Hautklinik (Prof. Rille) 1911 bis 19, Langowski 191.
Verbrennung. Knochenatrophie nach, Dubs 27.
Vererbung von Hautkrankheiten. Rezessiv-geschlechtsgebundene, Siemens 352.
Verhornung. Störungen, Martinotti 353.
Vererbungspathologie der Haut, Siemens 367.
Verjüngungsoperation, Mendel 174.
Verjüngungsversuche und Rattenräude, Fiebiger 174.
Verkalkung, Schnitzer 145.
Verrucae planae. Neosalvarsan bei, de Medina 65.
Vitiligo, Buschke 113.
— und Syphilis, Custom 440.
*Vulvovaginitis gonorrhoica. Spontanheilung von, Dresel 17.
Vuzin, Brunner u. Gouzenbach 607.

Digitized by Google

Warzen der Fußsohle. Röntgenbehandlung, Nancel-Pénard 97.
— — Mundschleimhaut. Multiple weiche, Stern 274.
Wasserabgabe der Haut, Rothman 220.
Wochenbettmykose, Kumer 351.
Weltkrieg. Ärztliche Erfahrungen, Aschoff 168.
Wien. Dermatologen vor einem halben Jahrhundert, Veiel 551.
Winckelsche Krankheit, Neuland 391.
Wundbehandlung, Albrecht 414.
— Bayer 414.
Wunddiphtherie, Frankenthal 414.
Wunden. Haut um offene, Kreibich 27.

Xanthom bei Pankreatitis, Wijnhausen 270.
— Intrathorakales, Wessén 49.
Xanthoma planum, Queyrat u. Laroche 117.
Xeroderma pigmentosum, Klingmüller 334.

Zahnfleisch-Mykose, Queyrat 117.
Zahnfleischerkrankung. Aolan bei, Nissen 459.
Zahninfektion, Osborne 459.
Zellfärbung. Zur Chemie der, Schumacher 145.
Zergalin, Riesz 389.
Zinkchlorid. Klare Lösungen, Peacock 607.
Zirkumzisionstuberkulose, Wolff 482.
Zyklondämpfe. Hautschädigung durch, Seligmann 264.
Zystoskopie der luftgefüllten Blase, Linzenmeier 533.
— Handbuch, Casper 221.
Zystoskopklemme, Picker 359.
Zystoskopsonden, Oelze 382.
Zungenspatel, Petges 97.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abrams, Marc V., Ausschaltung sekundärer Röntgenstrahlen 410.
Adams, W. B., Ein Jahr in Beirut 165.
d'Agata, Giuseppe, Sporotrichotisches Granulom 286.
Ahlswede, Eduard, Intravenöse Gonorrhoebehandlung 186.
— Pepsin-Salzsäure-Methode 340.
— Indikationen für Pepsinsalzsäure 556.
— Therapeutisches aus einer Hautklinik 433.
Ahmann, G., Serologische Erfahrungen mit Silbersalvarsan 510.
Aja, Sainz de, Aktinomykose 385.
— — — Alopecia areata 386.
— — — Epitheliom 385.
— — — — des Augenlides 65.
— — — Erythem durch Kalium-Gold-Zyanür 385.
— — — Gonorrhoe 385.
— — — Jodkalium bei Syphilis 386.
— — — Prurigo mitis 65.
— — — Schwere Gonorrhoe 386.
— — — Serpiginöses Geschwür 66.
— — — Weicher Schanker durch Bazillenträger 66.
— — — u. Echeverria, Laureano, Silbersalvarsan und WR 66.
— — — — Forns, Miguel, Epitheliom und Radium 385.
— — — — Zuloaga, Depilation mit Thallikum 385.
Albrecht, Paul, Moderne Wundbehandlung 414.
— Heinrich, Pathologie der Hydronephrose 89.
Alexander, Arthur, Histologie des Lichen Vidal 336.
*Almkvist, Johan, Leukoderma bei Pityriasis lichenoides 201.
*— — Stomatitis mercurialis 155.
Altmann, K., Boecksche Erkrankung 545.
*Amstad, Robert, Ulcus molle mit Metastasenbildung 441.
Anders, H. F., Kloakenmißbildung 152.
Andrews, G. C. s. MacKee.
Argand u. Montpellier, Myeloischer Tumor 160.
Arndt, G., Erythema induratum 23.
— Multiple Epitheliome 23.
— Rautenförmige Glossitis 23.
Arnold, Walther, Trichophytiereaktion 353.
Arnozan, Petges u. Damade, Tödlicher Ikterus nach Salvarsan 95.
Artom, Maria, Milchbehandlung 368.
Arzt, L., Acne conglobata 308.
— Angina Plaut-Vincent 431.
— Combustio bei Lues cerebrospinalis 64.
— Eczema seborrhoicum 143, 431.
— Erythema multiforme 350.
— Granuloma fungoides der Haut und inneren Organe 189.
— Hautblutungen bei einem Luetiker 142.
— Hereditär-luetisches Kind 27.
— Karzinom des Penis 142.
— Kolliquierende Tuberkulose 63.
— Leukoderma bei einem Ehepaar 63.
— Lichen planus 142.
— — syphiliticus 26.
— Lymphogranulomatose 307.
— Papel oder Reinfektion 64.
— Pemphigus vulgaris 351.
— Pityriasis versicolor atypica 307.
— Sklerodermie mit Veränderungen der Mundschleimhaut 308.
— Syringome 48.
— Tuberkulöse Geschwüre 140.
— Tuberkulöses Geschwür 27.
— Tuberkulose am After 477.
— — der Zunge 477.
— Ulzeröses Spätsyphilid 64.
— Zwillinge mit hereditärer Lues 64.
— 26, 61, 63, 306.
— — u. Kerl, W., Virulenz der Spirochaete pallida nach Therapie 241.
Aschenheim, E., Pandysche Reaktion 222.
Aschoff, L., Pathologische Anatomie im Weltkrieg 168.

Digitized by Google

Assmann, Gerhard, Dermatitis herpetiformis 334.
— Fieber nach den ersten Salvarsangaben 546.
— Normosal 388.
— Tuberkulose der Halsdrüsen 333.
Atzrott, Diphtherie der Vulva 268.
Audrain, Syphilis der 3. Generation 115.
— u. Malouvrier, Familiäre Syphilis 116.
Audry, Ch. u. Chatelier, S., Syphilis d'emblée 98.
— — u. Nanta, Salvarsan bei arterieller Hypertension 93.
Avery, P. M. s. Mellor.
Ayres, Samuel, Phenolphthalein-Dermatitis 615.
— S., Sklerodermie mit Arsen im Harn 551.

Babcock, James Wood 416.
Bacher, Franz, Lymphogranulomatose 546.
Bachrach, R., Doppelseitige Nierentuberkulose 90.
— Robert, Pollakisurie 342.
— Pyeloskopie 92.
Baer, Höhensonnen- und Röntgenwirkung bei Psoriasis 546.
— L., Neosalvarsan-Novasurolbehandlung 575.
Balcerek, H., Metastasen nach malignem Naevus pigmentosus 271.
Ballenger, Edgar G. u. Elder, Omar F., Schwellung der Corpora cavernosa bewirkender Apparat 500.
Balog 239.
Barbaglia, V., Kaninchensyphilis 355.
— Katzenkrätze 354.
Barber, H. W., Epidermolysis bullosa 65.
— — — Fall zur Diagnose 65.
Barbier s. Desaux.
Bargues, Nitritoide Krisen 96.
Barinbaum, Moses, Lues und Karzinom 260.
Barkina, J. M., Diagnose der Prostatahypertrophie 171.
Barreau, Pyelon 601.
Barthélemy, R., Gastrische Störungen bei Syphilis 73.
— u. Bruant, Neurodermotrope Syphilis 116.
Basch, J., Röntgenbestrahlung der Schweißdrüsenentzündung 29.
Baudot, Emil 584.
Bauer, Karl, Positive WR bei Fleckfieber 53.
Baum, Neurodermitis 382.
— Urtikaria 382.
Baumm, G., Fernauslösung der Glimmerregenerierung 265.
Bauer, E., Fischer u. Lenz, F., Erblichkeitslehre 120.
Bauxis-Lagrave s. Desaux.
Bayer, C., Wundbehandlung 414.
— Carl, Abwehr des Gewebes gegen Krebs 457.
Bechhold, H., Hämolyse durch Quecksilber 604.
— — u. Kraus, W., Sublimathämolyse 605.
Beck, A., Radiumbehandlung der Hämangiome 48.
— Oskar u. Kerl, Wilhelm, Ohrenerkrankungen bei Syphilis 74.
Becke, Alfons von der, Hämaturie und Appendizitis 602.
Becker, E., Liquorströmung 223.
Beckmann, Dariersche Krankheit 336.
Beclère, A., Radiotherapie, testikuläre Neoplasmen 409.
Beguet, Maurice s. Lombard.
Bejarano, Silbersalvarsan bei Paralyse 385.
— s. Covisa.
Belaieff, B. N., Idiosynkrasie gegen Hühnerei 248.
Belgodère, Syphilitische Reinfektion 579.
Belk, Wm. P. s. Randall 406.
Benda, Spirochäten im Gefrierschnitt und in der Leber 545.
Bender 21.
*Benedek, Tibor, Elektrischer Anschlußapparat Wigostat 225.
Bennigson, Walter, Neosalvarsan-Novasurolbehandlung 309.
Benthin, W., Behandlung des Ausflusses 195.
Bentler, Herbert, Ulcus vulvae acutum 558.
Béraud s. Montpellier.
Berblinger, Zwischenzellen des Hodens 172.
Bergel, S., Bedeutung der Lymphozyten für die Syphilis und die WR 78.
Bergel, S., Lymphozytose 193.
— Lymphozytose bei Syphilis 24.
— 114.
Berger, W. s. Doerr.
*Bergmann, Ernst, Partialantigene in prognostischer Hinsicht bei Hauttuberkulose 59.
Berkenau, P., Endolumbale Salvarsantherapie 103.
Bernblum, W., Färbemethoden von Tuberkelbazillen 221.
Berndt, F., Milchbehandlung bei Ulcus molle 127.
Bernhard, H., Desinfizierende Wirkung der Silberpräparate 245.
Bernheim-Karrer, Fettgewebsnekrose der Neugeborenen 457.
Bernstein, Eugen, Salvarsanausscheidung durch die Niere 546.

Digitized by Google

Bertoloty, Diathermie bei Gonorrhoe 385.
— Maltafieber geheilt durch Salvarsan 66.
Bettmann, Umbauvorgänge bei Darierscher Krankheit 546.
Biberstein, H., Mammakrisen bei Tabes 501.
Biegel, Ulcus vulvae acutum 242.
Bing, Leo s. Gruber.
Birnbaum, Einfluß schwerer Salvarsanexantheme auf den Syphilisverlauf 309.
— Georg, WR bei weichem Schanker 336.
Björling, E., Tod nach Merkuriol 188.
Blaschko, Alfred 344, 378.
Bleibtreu, R., Hypophysäre Theorie des Diabetes mellitus 29.
Bloch, Bruno, Beziehungen der Haut zum Gesamtorganismus 582.
— — Experimentell erzeugte Karzinome bei Mäusen 22.
— — Pigmententwicklung 546.
— — 20, 21.
— Marcel u. Pomaret, Marcel, Antigene für die WR 432.
— — — — — Eiweißgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit 186.
*Blotevogel, Wilhelm, Zur Kenntnis der Ichthyosis hystrix 1.
Blum, Viktor, Operationen am unteren Harnleiterende 319.
— — Pyelographie 358.
— V., Störungen der Harnentleerung im Alter 557.
Blumenthal, Franz, Therapeutisches Problem der bösartigen Geschwülste 49.
— — 114, 128, 282.
Boas, H., Silbersalvarsan 511.
Bocca s. Gallavardin.
— — Weill.
Bode, P., Diphtheria glandis penis 268.
Bodin, E., Ikterus nach Salvarsan 96.
Böhme 452.
Böing, Heinrich, Angeborene Syphilis 101.
Boeming, H., Harnleiterkatheterismus 600.
Boeminghaus, H., Extraperitonisierung der Harnblase 170, 533.
— — Hämorrhagische Blasenerkrankung 171.
Bogdanow 402.
*Bogrow, S. L., Kriechkrankheit (Creeping Disease) 519.
Bohrisch, P., Untersuchung der Arzneimittel 607.
Bókay, J., Herpes zoster und Varizellen 413.
Bollag, S., Hauttuberkulose im höheren Alter 66.
Bonn, Rudolph, Retrograder Katheterismus 501.
Bonnet, L. M., Gummen der Lunge 486.
— — — Serpiginöses Syphilid 294.
Bonnin, L., Azetonal-Vaginalkapseln 342.
Bonsmann, M. R., Jodismus bei Potatoren 615.
Born, Mycosis fungoides 21.
Boroman, George W., Vier Fälle extragenitaler Schanker 434.
Borg, Louis, Heirat der Syphilitiker 292.
— — Lymphogranuloma inguinale 529.
Boscheck, Fall zur Diagnose 21.
Bosellini, Pier Lodovico, Dermatologie in Beziehung zur inneren Medizin 150.
Boulogne, Paul, Gegenreflex beim Jucken 119.
Bousquet u. Petges, Ikterus und Nephritis nach Salvarsan 95.
Boutelier s. Desaux.
Brack, Genitalmißbildungen bei Nierenaplasie 599.
— Zur Pathologie des Colliculus seminalis 406.
Brancia, Ant., Elektrokollargol gegen Variola 463.
Brandenburg, K., Aortensyphilis 75.
Brandt, R. s. Löwy.
— — u. Mras, Fr., Latente Lues und Liquorveränderungen 259.
Brandweiner, A., Behandlung der sekundären Syphilis 510.
Brattström, Erik, Doppelmißbildung der Ureteren 599.
— — Mißbildung des Ureters 557.
Braun, Günther, Ausgedehnte Sklerodermie 49.
Breinl, F. s. Weil.
Brenner, Axel s. Schwarz.
Breuer, J., Liquor bei kongenitaler Lues 295.
Breuning, Terpentin bei Pemphigus 28.
Brinkmann, Komplementgehalt des Blutes 223.
*— Werner, Radium und Mesothorium in der Dermatologie 204.
Brinkman, R. u. van Dam, E., Oberflächenspannung 606.
Broadman, Joseph, Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 559.
Broca, A., Gelenksyphilis 485.
Brock, Walter, Dosierung des Salvarsans 124.
— W., Dermatosen und innere Sekretion 439.
— Granulosis rubra nasi 334.
— Lupus erythematodes, Behandlung 334.
— — pernio 334.
— — vulgaris 333.
Brocq, L., Sekundärinfektionen und Mischformen bei Lupus 433.
Brooks, Harlow, Herzsyphilis 480.
Brown, W. H. u. Pearce, L., Erzeugung klinischer Bilder der Syphilis bei Kaninchen 552.

Digitized by Google

Bruant s. Barthélemy.
Bruck, C., Einfluß der Salvarsanexantheme auf den Syphilisverlauf 125.
— F., Ist der Syphilidologe existenzberechtigt? 484.
— W. s. Meirowsky.
Bruhns, C. Erythema chronicum migrans 547.
— Ichthyosis congenita 45.
— Impetigo herpetiformis 45.
Brun, A., Granuloma anulare 547.
Brünauer, Stefan, Exfoliierende Erythrodermie 62.
— Fall zur Diagnose 306.
— Keratoma senile 430.
— Lichen planus 307.
— Lupus erythematodes subacutus 350.
— Lupus exulcerans 430.
— Pigmentlues 306.
— Psoriasiforme Lues 306.
— Psoriasis der Augengegend, 62.
— Spätsyphilid 350.
— Tuberoserpiginöse Syphilis 306.
— Ulcus phagedaenicum cruris 350.
— St. s. Lipschütz.
Brunn, Barbiere und Chirurgen in den Hansestädten 581.
— Fr., Novasurol 614.
Brünner, Karl, WR am Gebärbett 507.
Brunner, Konrad u. v. Gouzenbach, Vuzin 607.
Brytschow, A., Trepol 403.
Büben, Ivan v., Thermopenetration bei weiblicher Gonorrhoe 315, 531.
Büeler, A., Lichen obtusus 352.
Bugbee, H. G., Einfluß der Prostata auf die Gesundheit 318.
— — — Karzinom der Niere 405.
— — — Schwierige Prostatektomie 318.
Bujes, Isidor 296.
Bukovský, Jaroslav, Zur Frage der Neurodermitiden 382.
Bulkley, L. Duncan, Konstitutionelle Natur des Krebses 271.
Bumpus, Herman C., Submuköses Geschwür der Blase 405.
Burchard 452.
Burkhard, Hans, Geschlechtskrankheiten und ihre Folgen 243.
Bürkmann, Blastomykosis 21.
— Dermatitis linearis verrucosa 21.
Burmeister, John, Hämoglobinurie und Syphilis 504.
Burnier u. Bloch, Hidradenom 119.
— — — Knötchenförmiges Syphilid 119.
Buschke, A., Dariersche Krankheit 238.
— Erythema induratum 239.
— Knochenlues 113.
— Leucoderma microsporicum 23.
— Lichen Vidal 23.
— Pemphigus des Mundes 23.
Buschke, A., Stellung des Arztes zur modernen Diagnose und Therapie der Syphilis 291.
— Telangiektasie der Wangen 23.
— Vitiligo 113.
— 240.
— A. u. Freymann, W., Lichen-ruberähnliche Salvarsanexantheme 527.
— — u. Langer, E., Gonokokken und Amyloidentartung 127.
— — — — — Lebensdauer der Gonokokken 127.
— — — — — — Wirkungsweise u. Altern der Vakzine 530.
*— — u. Peiser, Bruno, Endokrine Wirkung des Thallium 443.

Cadenat, Fehlen von Schneidezähnen bei hereditärer Syphilis 160.
Cailliau s. Hudélo.
Callomon, Keratodermie 382.
Caluzzi, Nicles, Tod nach Neosalvarsan 354.
Camp, O. de la, Strahlenbehandlung der Tuberkulose 482.
Camrda, J., Endokrine Extrakte gegen Psoriasis 168.
Carol, L., Adenoma sebaceum und Bournevillesche Krankheit 189.
Cash, James R. s. Young.
Casper, Eigentümliche Blasenblutung 91.
— L., Funktionelle Nierendiagnostik 176.
— Leopold, Funktionelle Nierendiagnostik 319.
— L., Handbuch der Zystokopie 221.
— — Nieren- und Blasentuberkulose 90.
— 92.
Cassuto, Augusto, Valentinescher Harnröhrenspiegel 601.
Cattani, Paul, Röntgenstrahlen in ihrer Bedeutung für die Theorie der Arzneiwirkung 409.
Cattier, Tripperbehandlung 313.
Cazenave, E. s. Dubreuilh.
*Chajes, B., Gewerbliche Formalindermatitiden 417.
Charpy s. Civatte.
Chatellier, L., Pian mit Liquorveränderung 94.
Cheinisse, L., Schädigungen durch Arsenobenzol 126.
Chiba, S., Trockene Hitze bei Herstellung von Vakzine 604.
— — Typhustrockenvakzine 604.
Chotzen, Therese u. Kuznitzky, Erich, Strahlenbehandlung des Auges 392.
Christen, Th. 581.
Chute, Arthur L., Hypothesen über Nierentuberkulose 406.
— Retention bei Spina bifida 405.

Digitized by Google

Cinti, Romeo, Behandlung der Milzbrandpustel 438.
Citron, J., Gonokokkensepsis 151.
Civatte u. Charpy, Botryomykom 115.
Cohn, E., Blutbild bei Masern und Keuchhusten 287.
— — Todesfall nach Scharlachrekonvaleszentenserum 54.
Comby, J., Multiple Abszesse 267.
Condon, Albert P., Konservative Behandlung der Prostatahypertrophie 432.
Consten, A., Fibromatose der männlichen Brustdrüse 456.
Cottenot s. Milian.
Covisa, Hautgangrän 385.
— Serpiginöses venerisches Geschwür geheilt durch Tuberkulin 66.
— Syphilitische Sklerose der Pars cavernosa penis 65.
— Tuberkulide und Hyperthyreoidismus 385.
— u. Bejarano, Nebenniere bei Syphilis 65.
Cramer, Oxyuriasisbehandlung 614.
Crawford, Albert C. u. George, James M., Reaktionen des Penis 404.
Crenshaw, John L., Merkblatt für Blasenkranke mit Tumoren 404.
Crerar, J. W., Zur Epidemiologie der Masern 287.
Cronquist, Carl, Lymphangitis prostatoiliaca 262.
Crozer, J. P., Allgemeine Behandlung des Ekzems 268.
Csillag, J., Berufshypertrichose 258.
— — Favus und Fez bei Mohammedanern 260.
Cubero, Schanker der Zunge 65.
— Venerisches Geschwür 385.
Curschmann, H., Sklerodermische Dystrophien 457.
— — Tuberkulinkutanreaktionen 289.
Custom, Charles Greene, Vitiligo und Syphilis 440.

Damade s. Arnozan.
Dangschat, E., Ectopia testis perinealis 172.
Dam, E. van s. Brinkmann.
Davidsohn, Heinrich u. Else, Hutchinsonscher Zahn 70.
Davis, David M. s. Swartz.
Deguignand s. Queyrat.
Degkwitz, Rudolf, Masernschutzserum 462.
*Dehnow, Fritz, Strafrechtliche Verwertung der Papillarlinienmuster 398.
Deite, C. u. Schrauth, Walther, Seifenfabrikation 243.
Dekester u. Martin, Rhinosklerom in Marokko 160.
Delbanco, Ernst u. Unna jr., Paul, Pityriasis rubra pilaris 547.
*Delbanco, Ernst, Zum Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 596.
Demonchy, A., Vakzinetherapie bei Gonorrhoe 314.
Denicke, P., Purpura der Harnblase 602.
Desaux, Bauxis-Lagrave, Boutelier u. Barbier, Azetonurie bei Salvarsandermatitis 116.
— u. Boutelier, Erbsyphilis 118.
Desmoulière, A. s. Merklen.
Desogus, V., Geschlechtstrieb bei Kriegsverletzten 319.
Deussen, Ernst, Gramsche Färbung 365.
*— — Matikoöl 178.
*— — Pichiextrakt 133.
Deutsch, F., Kriegsnephritiker 557.
— Hugo, Behandlung tuberkulöser Hautgeschwüre mit Zelluloid 69.
Devaux, A. s. Merklen.
Dick, G. F. u. G. H., Inokulationsversuche bei Scharlach 287.
Dicke, Heinrich, Ikterus nach Salvarsan 309.
Dickmüller 452.
Dietlen, Grundlagen der Röntgentherapie 265.
Dietrich, Hans, Menarche 559.
Doerr, R. u. Berger, W., Gehalt des Blutserums an artspezifischem Eiweiß 366.
— — u. Schnabel, A., Herpes febrilis und Encephalitis lethargica 267.
Dold, H., Formaldehyd und luetische Sera 506.
— — Frühzeitig ablösbare Luesflockungsreaktion 80.
— — Komplementbindungsreaktion und Flockungsreaktion 506.
Dollinger, A., Grünfärbung durch Spinatgenuß 440.
Dore, S. E., Lichen planus 65.
— — — Narben nach Komedo 65.
Dorner, G., Auslöschphänomen bei Scharlach 462.
Dosquet, H. u. Kuczynski, M., Originäre Kaninchensyphilis 70.
Dósza, Gonorrhöe einer hydronephrotischen Niere 599.
Douglas, H. R. s. Weidmann.
*Dresel, Irmgard, Spontanheilung von Vulvovaginitis gonorrhoica 17.
Drexler, F., Catamin gegen Skabies 461.
— Fritz, Provokationsmethode bei Gonorrhoe 314.
Dreyfus, G. L., Syphilogene Pupillenstörungen 487.
Driscoll, T. Latane, Fusospirilläre Urethritis 501.
Droop, H., Syphilisdiagnose und Drüsenpunktion 241.

Digitized by Google

Drouet s. Leredde.
Dub, L., Abortivbehandlung der Bubonen 529.
— — Einzeitige Jod-Salvarsanbehandlung 124.
— Leo, Neosilbersalvarsannatrium 124.
Dubreuilh, William, Aktinomykose 95.
— — Atrophische Alopezie 94.
— — Dekortikation bei Rhinophyma 96.
— — Dermatitis herpetiformis der Vorhaut 94.
— — Elastom 96.
— — Epidermophytie des Fußes 95.
— — Hypertrophie nach Frostbeulen 94.
— — Knochenresorption bei Lepra 96.
— — Myom der Haut 96.
— — Onychorrhexis 97.
— — Prurigo lymphatica 95.
— — Lupus mit Röntgenstrahlen behandelt 95.
— — Lymphogranulom 94.
— — Sklerodermie und Morbus Basedow 94.
— — Sporotrichose 95.
— — Tertiäre Syphilis am Bein 95.
— — u. Cazenave, E., Verkalktes Epitheliom 94.
— — u. Joulia, Mykotische Intertrigo 93.
Dubs, J., Knochenatrophie nach Verbrennung 27.
Dujardin u. Ducré, Weicher Schanker der Zunge 187.
Duke, W. W., Eisbäder bei WR 480.
Dupasquier, D. s. Nicolas 613.
Duroeux, L., Einfluß des Sulfarsenol auf die WR 312.

Eberson, F., Immunitätsstudien bei experimenteller Syphilis 162.
— — Spirochäten bei experimenteller Syphilis 339.
Echeverria, Laureano s. de Aja.
Edel, K., Melanodermie bei Lichen planus 188.
— — Purpura anularis 432.
Edelmann, Adolf s. Landsteiner.
Eggedi, Henrik, Reinkulturen von Schimmelpilzen 604.
Ehlers, Mitigal bei Säuglingen 52.
— Edvard 152.
Ehrhardt, Herxheimersche Reaktion 547.
Ehringhaus, A., Mikroskop 193.
Ehrmann, Salomon 307.
— Livedo racemosa bei Lues 477.
— Pityriasis lichenoides 477.
*— Oskar, Cyarsal-Neosalvarsan 159.
— Salomon 62.
— — Lepra tuberosa 26.
— — Pityriasis lichenoides 26.
Eichenlaub, F. J., Fibromyom 340.
Eicke, H., Liquor bei Inaktivierung mit Hitze 506.
Eicke, H. s. Mendel.
— u. Löwenberg, E., Verschiedenheiten im Ausfall der WR 79.
Eimer, K. s. Schürer.
Einsiedel, v. 452.
Eisendraht, Daniel N., Besuch europäischer urologischer Kliniken 406.
— — Pyelographie 92.
Eisler, Fritz, Schirmdurchleuchtung zur Diagnose der Nierenkonkremente 320.
— Urologische Röntgendiagnostik 92.
Eisner, G., Lumbalpunktionsnadel 391.
Eitner, E., Nasenverkleinerung 391.
Elder, Omar F. s. Ballenger.
Elizaldo, Pedro J., Lungensyphilis 485.
Ellinger, Philipp, Kollargol zur Untersuchung des Liquor cerebrospinalis 99.
Elliot, J. A. u. Todd, L. C., Syphilitische Nephritis 555.
Ender s. Palugyay.
Enderlen, Hodentransplantation 535.
Engleson, H., Abortivbehandlung mit Silbersalvarsan 510.
Engman, M. F. u. Wander, W. G., Kutane Anaphylaxiereaktionen 551.
Engwer, Antikutin im Serum bei Trichophytie 52.
Epstein, E. u. Paul, Chemische Zusammensetzung der serologischen Flocken 506.
— — — — F., Theorie der Serologie der Syphilis 504.
Eraud 344.
Erdman, Bernhard, Fremdkörper in der Blase 187.
Erichson, Sklerodermie 334.
Erickson, J., Einiges über Krankheiten der Harn- u. Geschlechtsorgane 169.
Ernst, N. P. 368.
— Z. u. Szappanyos, B., Bilirubinbildung 368.
Esau, Exfoliation der Blasenschleimhaut 360.
Escher, Iritis syphilitica 612.
Esser, J. F., Nasenplastik 411.
— — Schusterspanverbände 391.
Evening, Otto s. Stern.

Falkenthal, Neue Dunkelfeldlampe 583.
Fantl, Gustav, Milchinjektion bei Bubo 127.
— G., Ultramikroskopie 408.
Farago, Georg u. Raudt, Paul, Eigenharnreaktion bei Tuberkulose 69.
Farley, D. L., Lebensfähigkeit des Trichophyton 161.
— — u. Knowles, F. Cr., Streptokokken bei Impetigo contagiosa 161.
Farman, George F., Gonorrhoe bei Knaben 433.

Digitized by Google

Fasani-Volarelli, Francesco, Alkalien und Haut 390.
— — — Arsen 246.
— — — Histologische Veränderungen der Urethra nach Argirininjektion 169.
— — — Paraphenylendiamin 390.
— — — Pigmentierendes Erythem der Sternoklavikulargegend der Frau 439.
— — — Serpiginöses venerisches Geschwür 354.
— — — Thalliumiontophorese 460.
Federoff, S. P., Nephrolithiasis 602.
Fedorow, S. P., Nephropexie 601.
Feer, E., Vereinfachte Tuberkulinprobe 67.
Fehsenfeld, Lumbalpunktion und Luesdiagnose 77.
Feilchenfeld, B., Pemphigus neonatorum und Impetigo contagiosa 416.
Feinmann, S., Fleckfieber in Riga 288.
Feit, Hermann s. Salomon.
Felber, Eigenharnreaktion 90.
— Ernst, Nephrektomie 341.
Feldmann, Samuel, Behandlung der Syphilis 480.
Fernet u. Rabreau, Aplasia moniliformis 119.
Ferron, Louis, Lymphangiom der Leiste 96.
Fiebiger, J., Rattenräude u. Verjüngungsversuche 174.
Finckh, Enuresis nocturna 169.
Finger, E., Acne cachecticorum und A. conglobata 547.
— Ernest, Ehekonsens 192.
— — Gonorrhoeprophylaxe 151.
— — Syphilistherapie des praktischen Arztes 101.
Finkelstein, Harry s. Philips.
Finkenrat, Tuberkulid 283.
Finnerud, C. W., Sarkoid Boeck 434.
Finsterer 92.
Fischer, Prostatahypertrophie 535.
— Prostatektomie 91.
— B. 23.
— — Kampferöl 224.
— E. s. Baur.
— H., Entwicklungsstörungen der Haut und Defekte des Intellekts 258.
— Heinrich, Dijodyl 390.
— Richard und Weinstein, Leopold, Therapie der tiefen Trichophytie 52.
— W., 284.
Fischl 64.
— Alopecia areata 430.
— Gumma pharyngis 430.
— Halbseitiges Abheilen von Lupus erythematosus nach Chinin — Jod 62.
— Pseudopelade 477.
— Tuberculosis verrucosa cutis 430.
— Friedr., Hautveränderungen nach Tebezin 338.
Fischl, F. u. Schnepp, B., Sublimatsalvarsan 124.
Flehme, Lichen ruber planus 21.
— Pemphigus vulgaris 22.
— E., Poikilodermia atrophicans vascularis 547.
Flesch, J., Herpes zoster bei Angina 413.
— -Thebesius, M., Nichtspezifische Entzündung der Nebenhoden 172.
Flörcken, H., Operation bei Inkontinenz 532.
— — u. Steinbiss, W., Neurofibrom der Kopfschwarte 456.
Foerster, Alfons, Morbus maculosus Werlhofii 411.
Fokin 403.
Földer, L., Terpentinbehandlung der Adnextumoren 559.
Fornet, W., Pockenerreger 288.
Forns, Miguel, Epitheliom und Radium 385.
— Variköses Geschwür nach Sicard behandelt 66.
Forrestier, J. s. Loeper.
Forst, Walther, Behandlung der Incontinentia urinaae 170.
Förster, Walther, Röntgenbestrahlung der Milz 409.
Foulds, Gordon S., Residualharn 406.
Fowler, H. A., Tuberkulose der Niere 405.
Fox, Howard, Medizinische Photographie 163.
Fraenkel, E., Roseola paratyphosa 462.
— Manfred, Röntgenverbrennungsgefahr nach Medikamenten 410.
— — Strahlentherapie bei Karzinom 272.
Fränkel, E. u. Ulrich, W., Verteilung von As und Hg nach Salvarsan-Hg-Behandlung 311.
— Manfred, Röntgenstrahlenreizdosen bei Karzinom 49.
Frank 90.
Franke 452.
Frankenthal, L., Wunddiphtherie 414.
Franz, Levatorplastik 92.
Fraser, A. Reith, Extragenitale Schanker 454.
— — — Grundlagen der Gonorrhoebehandlung 406.
— — — Nervensyphilis und frühe Behandlung 479.
— — — u. Duncan, A. G. B., Nervensyphilis 166.
Frei, Wilhelm, Ichthyosis und systematisierter Nävus 259.
— — Wirkung des Salvarsans auf die Spirochaete pallida 258.
— — u. Spritzer, R., Koinzidenz von Syphilis und Tuberkulose 483.
— — — Wiener, Kurt, Ecthyma gangraenosum 258.

Digitized by Google

Freund, H., Weibliche Unterleibs- und Genitaltuberkulose 56.
— Leopold, Röntgenbestrahlung akuter Knochenentzündungen 51.
— — — der Hodentuberkulose 317.
— — 80.
Freundlich, Merkurielle Stomatitis 104.
— Jakob s. Kirch.
Frey, Emil K., Psammokarzinom 458.
*Freymann, W., Leucoderma syphiliticum 34.
— — s. Buschke.
Freymuth, A., Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 559.
— Vergiftung mit Benzinoform 224.
Frick, G. U., Nabelinfektion und Diphtherie 268.
Frieboes, Walther, Zur Anatomie und Biologie der Haut 240.
— Histopathologie der Hautkrankheiten 579.
— Zur Anatomie der Haut VII 351.
— 379, 380.
Friedenthal, H., Ugabohnen 390.
Friedländer, E., Spirochaete pallida der männlichen Harnröhre 486.
— Ernst, Titration des Harnstoffs 195.
Friedlieb, Instrument für intravenöse Injektionen 615.
Friedman, G. A., Fieber infolge Lebergumma 486.
Friedmann, F. F., Scheinbares Ausbleiben von Erfolgen des Friedmannschen Mittels 290.
— Martin, Brücken in Skrofulodermnarben 257.
— — Pseudoxanthoma elasticum 259.
— — Seltene Nagelkrankheiten 548.
— Max u. Schwarzwald, Raimund, Formaldehydkomponente im Neosalvarsan 308.
Friedrich, Ladislaus v., Beziehungen zwischen Magen und Harnblase 317.
— W. v., Kann Milch das Alttuberkulin ersetzen? 289.
— — u. Körner, H., Einfluß des Röhrenabstandes auf den Dosenquotienten 265.
Fritz, Otto, Milliamperemeter 615.
Frontz, W. A., Kontrahierte Blase 406.
Frost, K. P., Sarcoma idiopathicum multiplex 340.
Fruchaud-Brin, Anurie 195.
Frühwald 379.
Fuchs, W., Paralysebehandlung 103.
Fürth, Henriette, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 168.
Fuhrmann, Genitaltuberkulose des Weibes 290.
Fuhs, Favus corporis 479.
— Lupus erythematodes 142.
— — — disseminatus 63.
— Lupuskarzinom 307.
Fuhs, Mikrosporie 26, 62, 140, 431, 477.
— Nachepilation bei Pilzerkrankungen des Kopfes 139.
— Psoriasis und Erythema nodosum 63.
— Sklerodermie 139.
— Sklerose der Oberlippe 26.
— — — Wange 26.
— Starkstromverletzung 350.
— 61.
— G. u. Schallinger, G., Diagnostische Lumbalpunktion 336.
Fukala, Karl v., Chorioiditis 73.

Gaehtgens, W., Komplementauswertung bei WR 79.
Gänszlen, M., Eosinophilie bei Quinckeschem Ödem 412.
*Gaertner, Erfahrungen mit Mirion 14.
— H., Kaseosanbehandlung 152.
Gärtner, W., Angina Plaut-Vincent und Diphtherie 50.
— Wolf, Häufigkeit der Paralyse bei kultivierten Völkern 75.
Galewsky, Eugen, Alfred Blaschko 378.
*— — Dermatitiden durch Terpentinersatz 273.
Gallavardin u. Bocca, Dermoidzyste für Aneurysma gehalten 294.
Gans, Oskar, Lupus pernio und Sarkoid Boeck 242.
— O., Zur Biologie der Haut 363.
— 21.
Gardiner, F., Statistisches über Tuberkulose der Haut 56.
Gardner, James A., Schwierigkeiten bei Prostatektomie 171.
Gatersleben, Krätze beim Säugling 52.
Gaviatti, Primäraffekte der Hand 71.
Gayet, Tuberkulose der Prostata im höheren Alter 534.
Geiger, A., Sporotrichose 285.
Geiser, E., Nachbehandlung bei suprapubischer Prostatektomie 318.
Gellhorn, G., Syphilis des Uterus 487.
Gennerich, Wilhelm, Ätiologie des Lupus erythematodes 548.
— W., Sterilisationsbehandlung frischer Lues 243.
— 584.
George, James M. s. Crawford.
Georgi, F. s. Sachs.
Géry, Louis, Adenoma sebaceum 358.
Giesbert, R., Opsonogen bei Angina follicularis 459.
Giese, W., Interne Behandlung der Harnwege 176.
Gilbert, W. u. Plaut, F., Kammerwasseruntersuchungen bei syphilitischen Augenerkrankungen 77.

Digitized by Google

Giller, W., Kutanreaktion mit Tuberkulin 483.
Gins, H. A., Gewinnung von Kuhpockenimpfstoff 289.
Giraud s. Pinard.
Girault, A. S., Gastrohepatisches Syphilom 486.
*Gjorgjević, Georg, Sclerosis urethrae 276.
Glas, Richard, Nierensteine und Pyelographie 340.
— 90.
Glaser, F., Salvarsantod bei Malaria 126.
— — u. Müller, H., Masernschutzimpfung 287.
Glingar, Alois, Endoskopische Untersuchung der Harnröhre 316.
— Harnröhrendivertikel 92.
Goebel, W., Mastixreaktion 222.
Goeckermann, W. H., Ist Lupus erythematosus discoides Tuberkulose? 162.
Goldenberg, Bedeutung des Epiduralraumes 91.
— 90.
Goldmann, Choleval bei Hauterkrankungen 27.
Goldschmidt, Rotlaufinfektion 438.
Goldstein, Otto, Neuer Durchleuchtungsschirm 411.
Goodman, Hermann, Behandlung der Syphilis 296.
— — Fibroide subkutane Syphilome 167.
— — Röntgendosierung 187.
Gordon, Alfred, Nervensyphilis bei Eheleuten 480.
Görl, L. u. Voigt, Leonhard, Lupus erythematodes acutus 129.
Gossmann, J. R., Tuberkulosebehandlung nach Friedmann 68.
Gottron, Erythrokeratodermie 283.
— Pemphigus serpiginosus 283.
Götze, Pneumoperitoneale Röntgendiagnostik 92.
Goubleau, Behandlung des seborrhoischen Ekzems 98.
Gougerot, Fälschlich diagnostizierte syphilitische Leukomelanodermie 484.
— u. Ruppe, Pseudovitiliginöse Lepra 118.
Gouillon s. Montpellier.
Gouin u. Petges, Röntgenbehandlung der Dermatomykosen des Kopfes 93.
Gouzenbach, v. s. Brunner.
Grabisch, Alfons s. Kuznitzky.
Grado, Sainz de, Pepsin bei hartem Schanker 65.
— — — Alopecia areata und Syphilis 66.
— — — Arthritis gonorrhoica 385.
— — — Variköses Geschwür nach Sicard behandelt 65.
— — — Lichen planus 385.
Graf, Paul, Krebs der Harnröhre 558.
Grauhan, M., Kallusgeschwülste der Harnröhre 170.
Gravagna, Schwer diagnostizierbare Trichophytie 461.
— Trichophytie 613.
Graves, Roger C. u. Templeton, Carl R., Tumoren der Niere 406.
Greenberg, Holzessig bei nichtgonorrhoischer Urethritis 579.
— Synkopekrisen nach Hg cyanat. 579.
— Vergiftung durch Novarsenobenzol 187.
Greif, Fall zur Diagnose 21.
— 22.
Greussing, A., Rotlaufähnliche Hauterkrankung 29.
Grintschar 402, 403.
— Kankroid und Syphilis 403.
Gröttrup, Haare von Ziege, Reh und Hirsch 200.
Groth, Alfred, Schutzpockenimpfung in Bayern 55.
Grotte, Friedrich, Ursachen der Kahlheit 460.
Grouven, Angiokeratom 378.
— Boecksches Sarkoid 378.
— Pemphigus conjunctivae 378.
— 382.
Gruber, Georg B. u. Bing, Leo, Nierenmangel und Nierenvermehrung 191.
Grütz, O., Granuloma annulare 334.
— Granuloma annulare 351.
— Riehlsche Melanose 334.
— Sachs-Georgi-Reaktion 261.
— Salvarsanexanthem 335.
— Syphilis congenita tarda 335.
— Tertiäres Syphilid 334.
— 296.
Grumme, Behandlung der Achseldrüsenabszesse 437.
Gruschka, Th. s. Weil.
Gsell, Geschlechtskrankheiten in der Schweiz 192.
Gumbrecht, F., Prophylaxe der Infektionskrankheiten 193.
Gussman, Milchinjektion bei Lues latens 528.
Gutfeld, Fritz v., Praxis der Meinicke-Reaktion 295.
Gutmann, C., Neosalvarsan-Novasurol und Neosalvarsan-Cyarsal 309.
Guttmann, Heinrich, Lichtbehandlung der weiblichen Gonorrhoe 315.

Haas, L. s. Szondy.
v. Haberer, Resektion der Vasa deferentia bei Prostatektomie 172.
Haberland, H. F. O. und Klein, Karl, Wirkung der Röntgenstrahlen auf Tuberkelbazillen 68.
— — — — Tuberkulosebehandlung mit Schildkrötenbazillen 68.

Digitized by Google

Hadda, S., Emaskulation bei Peniskarzinom 532.
Haenert, Herbert, Amblyopie bei Hirnlues 294.
Hagen, Wilhelm, Schwankungen im Kapillarkreislauf 582.
Hagner, F. R., Fluoroskopische Untersuchung der Niere 405.
Hahn 452.
— L., Herz- und Gefäßstörungen bei Lues congenita 70, 293.
Haigh, Angelica V. R. s. Parker.
Hajós, E. J., Mirion 509.
Halberstaedter, L., Biologische Fragen der Strahlentherapie maligner Tumoren 50.
— — Zu Fraenkels Strahlentherapie beim Karzinom 272.
Halberstädter, Psoriasis und Röntgenkarzinom 282.
— L., 440.
— — u. Simons, Albert, Reizwirkung der Röntgenstrahlen 392.
Halpert, Anny, Mikrokapillarbeobachtung bei Raynaudscher Krankheit 266.
Hamaekers, Viktor, Variabilität des Lippenkarzinoms 271.
Hamberger, E., Gelatine als Heilmittel 389.
Hammer 440.
*— Fr., Stomatitis mercurialis 158.
— Gerhard, Röntgenbehandlung der Sklerodermie 49.
Hammerschmidt, Joh., Histologische Befunde bei Varizellen 54.
Hammesfahr, C., Nierennarben 602.
Hanser, R., Salvarsantod 126.
Harris, F. G., Ätiologie des Ekzems 554.
Harryman, W. W., SGR der Rückenmarksflüssigkeit 434.
Hart, Sterilisierbarkeit der Injektionsspritzen 248.
— C., Syphilis der Thymus 293.
Härtl 452.
Harvier, P. s. Levaditi.
Hase, Albrecht, Bekämpfung der Kopfläuse 53.
Hasebrock, Karl, Dopaoxydase 198.
Hasselmann, K. M., Calcariurie 195.
Hauck, v., Favuskulturen 24.
Hauck, L., Quecksilberpräparate 104.
— — Zur Therapie der Psoriasis vulgaris 548.
Haupt, W., Trypaflavin bei Gonorrhoe 151.
Hausmann, Theodor, Urobilinreaktion 606.
Hawkins, John A., Prostatektomie 186.
Haxthausen, H., Jod- und Bromakne 577.
Hayn 381.
*Hecht, Hugo, Meine Aktivmethode der WR 300.
Hecht, Hugo, Neue Flockungsreaktion 506.
Heck, H., Zunahme der Angina Plaut-Vincent 50.
Hecker, H. v., Feldnephritis 556.
Hedrich, Sekundäre Vakzine der Tonsille 55.
Heiberg, K. A., Epithelatypie bei Krebs 458.
— — u. Strandberg, Ove, Anatomisches Bild des Lupus 66.
Heidenhain, L., Achselhöhlenfurunkulose 437.
Heidfeld, C. A. M., Cysticercus 461.
Heijl, Carl F., Morphologie der Teratome 48.
Heim, Emil E., Pyelitis bei Prostatikern 501.
Heimann, Willy, Hutchinsonsche Zähne 548.
Hein, Salvarsantod 238.
— Bruno, Starkstromverletzungen 264.
Heinecke, Joachim, Kohabitationstermin 581.
Heinemann, H., WR und SGR 505.
Heinrichsdorff, Histogenese der hämorrhagischen Pocken 288.
*Helle, Hans, Rasierschanker 376.
Heller, Julius, Onychogryphosis und Ichthyosis hystrix 338.
— — Sektionsprotokolle von Syphilis 545.
— — Vaselinoderma 238.
— — 23, 46, 282, 283.
— — u. Sprinz, Oskar, Pathologische Anatomie des Colliculus seminalis 190.
Hellmann, Dermatomyome 141.
— Fall zur Diagnose 141.
— Karzinom auf Lupus vulgaris 62.
— Rhinosklerom 349.
Hellwig 451.
Herold, Psoriasis und erkrankte Gelenke 22.
Herrmann, J., Mitigal 246.
Herschmann, H., Verlauf der Paralyse im Senium 488.
Herxheimer, Karl 19, 20, 21, 22.
Herzog, F. u. Roscher, A., Kollargolintoxikation 608.
Heß, L. u. Kerl, W., Livedo racemosa 242.
Hesse, E. u. Schaack, W., Saphenofemorale Varizen 267.
Hetényi, G. s. Karczag.
Heudorfer, Karl, Hautpigment und Addisonsche Krankheit 261.
Heymann, Arnold, Renale Neuralgie 600.
— B., Tuberkulosemittel aus Schildkrötenbazillen 290.
Heyn, Gonorrhoe des M. obturator internus 283.
— Pityriasis lichenoides mit Leukoderm 282.

Digitized by Google

Hintze, A., Blutkapillaren 364.
— — Paronychie 460.
Hiraishi, S. u. Okamato, K., Masernschutzimpfung 462.
Hirsch, Edwin W., Licht- und Hitzebehandlung der Epididymitis 432.
— M., Ärztliches Heiratszeugnis 360.
— Rudolf, Obligatorische Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum 127.
— S., Argentum nitricum gegen Erysipel 437.
Hisgen, H., Therapie der Harninkontinenz 532.
Hittmair, A., Aphthenseuche bei Menschen 459.
Hodges, Robert S., Trichophytie der Nägel 163.
Hoffmann, Ed., Keratose nach Sulfoxylat 22.
— Erich, Leuchtbildmethode 241.
— — Lokalisierte familiäre Psoriasis 548.
— — u. Mergelsberg, Zehn Jahre Salvarsantherapie 577.
— — 20, 21, 23.
— W. H., Venerisches Granulom 312.
Holfelder, H., Ursachen der Röntgenschädigungen 410.
Hollander, L., Endokrine Drüsen bei Akne 554.
— — Onychie durch Bacillus coli communis 435.
— — u. Narr, F. C., Tuberkulose und Syphilis 164.
Holzknecht, G., Höhe der Röntgendosis 265.
— Röntgenstrahlen in der Urologie 92.
Homberger, Otto, Bedeutung der Lues für die Gestation 484.
Hornung, R., Pyelozystitis bei Neugeborenen 194.
— Richard, Schwangerschaft und Lues 292.
Hryntschak, Th., Bewegung der Niere bei der Atmung 342.
— Blase bei Miktion 92.
— Harnblase bei verschiedenen Körperlagen 601.
Hubert, Gg., Novasurol 614.
Hudelo u. Adelmann, Lupus mit Ceriumsalzen behandelt 94.
— u. Cailliau, Atrophia maculosa 117, 118.
— — — Erythem mit Atrophie und Sklerodermie bei einem Syphilitiker 118.
Hübschmann, Kaltblütervakzine 384.
— K., Stannoxyl 384.
Hügel, Adenoma sebaceum 358.
— Keratoma palmare et plantare 120.
Hüllein, Wilhelm, Tuberöses Jodexanthem 264.
Hütten, Fr. v. d., Karzinom und Milzbestrahlung 409.
Hufnagel s. Thibierge 116.
Huhner, Max, Spermatozoenuntersuchung 175.

Jackobi, J., Rotz bei Menschen 438.
*Jacobsohn, F., Trübungsflockenreaktion nach Dold 491.
Jacobson, Harry P., Purpura haemorrhagica durch Streptococcus haemolyticus 185.
— F. u. Sklarz, E., Salvarsanschädigungen als Störung des Ionengleichgewichtes 310.
Jadassohn, Joseph, Syphilisbehandlung durch den praktischen Arzt 508.
— — Zosteriforme Hautnekrose nach Hg succinimid. 104.
Jäger, Hubert, Vaginitis durch Hg-Intoxikation 509.
Jaffé, Hermann u. Sternberg, Hermann, Kriegspathologische Erfahrungen 310.
— Rudolf, Keimdrüsen bei Pädatrophie 173.
— R., Säurefeste Bakterien 366.
Jahnel, F., Lues nervosa 548.
Jakobsohn, F. u. Sklarz, G., Salvarsanschädigungen 527.
Jamin, Gemischter Rezidivschanker 188.
Janke, H., Lausoform gegen Kopfläuse 53.
Janovsky, V., Grippeexanthem 167.
Janus, Friedr., Th. Christen 581.
Jarke, Lupus erythematodes 335.
Jastrowitz, H., Tuberkellbazillenabbau bei Skrofulose 55.
Jeanselme, Burnier u. Joannou, Kongenitaler Pemphigus mit Epidermiszysten 115.
— u. Burnier, Syphilisreinfektion 119.
Jefferson, Charles W., Gangränöse Balanitis 185.
Jellinek, Primäraffekt der Operlippe 70.
Jendralski, F., Naevus conjunctivae 456.
Jent, R., Prostatektomie 359.
Jersild, O., Elephantiasis ano-rectalis 612.
Jerusalem, M., Behandlung kalter Abszesse 482.
Jessner, Max, Acrodermatitis chronica atrophicans 263.
— — Bowensche Krankheit 261.
— S., Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 220.
— — Schwebende Syphilisprobleme 70.
Igersheimer, Josef, Spirochäten an der Sehbahn bei Paralyse 75.
Joannou s. Jeanselme.
Joest, E., Blastomykose des Pferdes 51.
Johan s. Kubinyi.
*Jordan, Arthur, 150 Psoriasisfälle 445.
* — — Ichthyosis foetalis 585.
— 403.

Digitized by Google

Joseph, Eugen, Konservative Behandlung der Nierentuberkulose 320.
— E., Operationsbehandlung doppelseitiger Nierentuberkulose 90.
— — Verlagerung des Harnleiters 557.
— — 92.
— K., Kutituberkulin 67.
— Max, Dermatologische Technik 614.
— — Lehrbuch der Hautkrankheiten 387.
Joulia s. Dubreuilh.
Isaacson, L., Kaseintherapie 248.
— — Terpentinbehandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten 248.
— — Interne Behandlung der Epididymitis 151.
— — Reinfektion 71.
Isaïcu s. Levaditi.
Ischewsky, K., Dariersche Krankheit 403.
— — Lepra tuberosa und anaesthetica 402.
— — Mycosis fungoides 403.
Isnardi, L., Behandlung der Varikozele 171.
Israel, A., Maul- und Klauenseuche an der Hand 285.
Issel, Ernst, Novasurol und Neosalvarsan 512.
Jüngling, O., Prophylaktische Nachbestrahlung 265.
Jumont, H., Hyperhidrosis beim Kinde 266.
Junghanns, Keratoma palmare et plantare dissipatum 334.
Iwanow, Dermoid der Nase 403.
— Hidradenom 403.
— P., Lepra tuberosa und anaesthetica 402.

Kafka, V., WR bei Paralyse 78.
— — WR der Rückenmarksflüssigkeit 77.
Kahlen, H., Patellarreflex nach Lumbalpunktion 223.
Kahn, R. L., Komplementbindung bei der WR 435.
Kaiser, Herpes zoster bei progressiver Paralyse 75.
— Impotenz 92.
Kallmann, C., Flavizid 389.
Karczag, L. u. Hutényi, G., Biologische Wirkung des Silbersalvarsan 510.
Karewski, F., Infizierte Hydronephrose 176.
Karo, W., Terpichintherapie 387.
Kasten, Heinrich 128.
Kauffmann, F., Schmerzempfindung bei Wärmereizen 197.
Kaufmann, Friedr., Entzündungsversuch 366.
— Glysanin 389.
— R., Hochfrequenzströme in dermatologischer Praxis 549.
— -Wolf, Atrophia cutis 283.
— — Atrophia cutis maculosa 238.
— — Favus 238, 283.
Kaufmann-Wolf, Lupus erythematodes des Kopfes 238.
— — Marie 344.
Keane, William E., Ureterenkatheterismus bei Niereneiterung 185.
Keating-Hart 368.
Keck, A. s. Rimpau.
Keidel, A. s. Moore.
Keining, Kombinierte SG und WR 99.
*Keller, Philipp, Lichen planus und lichenoide Arsendermatitis 9.
Kellogg, W. H., Verstärkung der Empfindlichkeit der WR 553.
Kerészt, G. u. Perczel, A., Kreargol bei Gonorrhoe 530.
Kerl, Lichen microsporien 142.
— W. s. Arzt.
— — s. Hess.
Ketron, L. W., Behandlung der Larva migrans 435.
Keysser, Fr., Mäusegeschwülste 459.
Kielleuthner, Suprapubische Fisteln 91.
Kienböck, R., Radiologische Diagnose der Knochenkrankheiten 73.
— Röntgendiagnose der Nierensteine 92.
— R., Selbstbrüche bei Nierensteinen 340.
Kiendl, Wilhelm, Syphilis gravis 338.
Kiernau, James G., Hermaphrodismus Adams 186.
Kiess, Oskar, Lichen planus im Kindesalter 242.
— — Skabiesbehandlung 382.
Kilduffe, R. A., Cholesterinierte Antigene 555.
Kionka, H., Tonerdepräparate 607.
Kirch, Arnold u. Freundlich, Jakob, Leberschädigung bei Lues und Salvarsan 352.
Klaar, Joseph, Acrodermatitis atrophicans mit Sarkom 259.
Klauder, J. V., Syphilitischer Rückenschmerz 161.
— — — Zahnfleischschanker 555.
Klebe, Egon, Erythema multiforme bei Spätlues 549.
Klee, F., Entwicklung der Meibomschen Drüsen 364.
Kleeberg, L., Syphilis und Ehe 292.
— 283.
Kleinschmidt, O., Preglsche Jodlösung 245.
Klienenberger, Karl, SGR und WR 186.
Klika, M., Ureterenkatheterismus 601.
Klingmüller, Viktor, Erythema induratum 334.
— Lichen scrofulosorum 332.
— Lupus erythematodes 334.
— Lupus vulgaris 333.
— Pernionen an den Unterschenkeln 549.
— Psoriasis ostracea 335.
— Xeroderma pigmentosum 334.

Digitized by Google

Klockmann, Heinrich, Elephantiasis vulvae 342.
Kloeppel, F. W., Aneurysma der Arteria axillaris 485.
Klöppel, F. W., Gonorrhoischer Fersenschmerz 578.
Knieper, Wundbehandlung mit Soteran 267.
Knowles, F. Cr. s. Farley.
Koch, Bruno, Kresol 247.
Kock, Ed., Schädigung durch Sonnenbestrahlung bei Tuberkulose 392.
Koelsch, Adolf, Geheimnis der Hormone 579.
Köffler, Th., Tuberkulöse Reinfektion 290.
König, J., Jodival 560.
Königsfeld, H., Antitrypsin und Höhensonne 392.
Königstein, Arsenexanthem 140.
Körner, H. s. Friedrich.
Köster 21.
Kofler, L. u. Perutz, A., Identitätsproben des Neosalvarsan 528.
— — — — — Zur Pharmakologie der Samenblase 338.
Kohl, Fritz, Bestrahlungslampen 392.
Kohn, A., Verjüngung und Pubertätsdrüse 318.
— Julius, Pityriasis rubra pilaris 20.
Kolle, W., Chemotherapeutische Aktivierung der Salvarsanpräparate 512.
— — Neosilbersalvarsan 510.
— 21, 23.
— W., Ruppert, F. u. Möbius, Th., Spirochaeta cuniculi 549.
— — u. Schlossberger, H., Arsenobenzol bei Schweinerotlauf 613.
Kolmer, J. A., Vereinheitlichung der WR 296, 480.
— — — s. Schamberg.
— — — Schamberg u. Lucke, B., Histologische Veränderungen durch Arsphenamin und Quecksilber bei Kaninchen 553, 554.
Kolopp, Ichthiosiforme nicht kongenitale Erythrodermie 120.
Konrich, Anzeigepflicht bei Geschlechtskrankheiten 196.
Koopmann, H., Fremdkörper in der Vagina 558.
— 452.
Kopaczewski, W., Kolloide in der Therapie 247.
Kornitzer, Prostatahypertrophie 91.
Kossmann, F., Analfissuren bei Frauen 196.
Kouindjy, Pierre, Pseudotabiker und Übungstherapie 312.
Krabbe, Kund H., Nebennierenrinde und Geschlechtsentwicklung 269.
Krämer, Richard, Keratomalazie bei Erythrodermia desquamativa 28.
Kraft, Prostatasteine 92.
— Friedrich, Röntgenologie der Prostata 534.
— 91.
Kranz, Herbert, Beeinflussung der Genitalien durch Trauma 559.
Kranz, P., Physiognomische Erkenntnis kongenitaler Syphilis 502.
Kraus, Walther M., Herpes zoster und Varizellen 287.
— W. s. Bechhold.
Krausz, M. s. Sellei.
Krautz, Walther, Hautkapillaren bei syphilitischen Exanthemen 72.
Krebs, Georg, Neosilbersalvarsan mit Novasurol 381.
Kreibich, Karl, Verhalten der Haut um offene Wunden 27.
— — Zur Pigmentfrage 549.
Kren, Eczema scrofulosorum 26.
— Eigentümlicher Haarausfall 25.
— Periorale Entzündung mit Narben 25.
— Luetisches Spätexanthem 26.
— Mikrosporie mit Lichen 63.
— Näviforme Affektion 63.
— Pityriasis, lichenoides 25.
— Tuberkulide 476.
— 308.
Krieg, Hans, Pigmentzentren bei Säugetieren 200.
Kretschmer, Tuberkulin nach Moro 67.
Kroiss, Resektion der Hufeisenniere 90.
Kroll 452.
Kromayer, E., Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten 220.
Krompecher, E., Schweißdrüsengeschwülste 352.
Kroner, Karl s. Wittgenstein.
Kronfeld, A., Psychosexueller Infantilismus 602.
Krüger, Atrophie mit Sklerodermie 141.
— Erythema toxicum 476.
— Lupus erythematodes 306.
— Lupus hypertrophicus.
— Naevus angiomatosus u. pigmentosus 305.
— Pityriasis lichenoides 140.
— Psorospermosis 306.
— Scleroderma universale 61.
— Serpiginöse syphilitische Papeln 61.
— Symmetrische Alopezie 305.
— Synovitis luetica 306.
*— M. u. Pfeiler, W., Protoplasmaaktivierung bei Hautleiden 105.
Krug, Wilhelm, Neurorezidive und Paralyse nach Salvarsan 312.
Kruse, Tuberkulosebehandlung mit Schildkrötenbazillen 68.
Krzysztalowicz, Franz von, Fall von Mycosis fungoides 212.

Digitized by Google

Klare, Fall zur Diagnose 22.
— Mycosis fungoides 22.
Klieneberger, Carl, Fleckfieberdiagnose 53.
— Otto, Lues-Epilepsiefrage 76.
Klostermann, M. u. Weisbach, W., Chemische Zusammensetzung der Flocken bei SGR 99.
Kneise, Blasendivertikel 91.
— 90.
Kubinyi, Paul u. Johan Béla, Gumma ovarii 487.
Kuczynski, M. H., Kultur des Fleckfiebervirus 464.
— — Leber fleckfieberkranker Meerschweinchen 464.
— Max H. s. Lersey.
Kümmell, Hermann, Nierenfunktionsprüfung vor Prostatektomie 212.
Kumer, Leo, Atrophia cutis idiopathica 26, 431.
— Dermatitis herpetiformis 479.
— Dermatoskopische Beobachtungen 338.
— Lichen planus 63.
— — — hypertrophicus 63.
— Lupus der Kopfhaut 350.
— — follicularis 140.
— Naevus Pringle 350.
— Onychomycosis favosa 63.
— Papillomatöser Tumor des Penis 350.
— Papulonekrotisches Tuberkulid 307.
— Pemphigus pruriginosus 307.
— — vulgaris 142, 431.
— Pityriasis rosea 26.
— Psoriasis arthropathica 142.
— — universalis 63.
— Vaselinoderma auf Bromoderma 26.
— Wasserbettmykose 351.
Kundratitz s. Leiner.
Kurtzahn, Karzinomatöse Degeneration der Epithelzysten 271.
— Hans, männliche Harnröhre im Röntgenbild 316.
— —, Röntgenverbrennung 266.
Kutrin 91.
Küttner, Hermann, Operation der Retentio testis 318.
Kuznitzky, Erich s. Chotzen.
— — 296, 536.
— E. u. Grabisch, A., Fibrosarkome der Brustwand 212.
— — u. Langner, W., Salvarsanexantheme 526.
Kyaw, Thermopenetration bei Gonorrhoe 151.
Kyrle, J., Anfangsstadien des Boeckschen Lupoids 212.
*— — Bemerkungen zu Gaertners Arbeit über Mirion 256.
— — Derzeitiger Stand der Lehre von der Syphilis 455.
Kyrle, J., Ist Steinachs Lehre zwingend? 174.
— — Lues gummosa 213.
— 62, 63, 64, 91, 140, 142.

Laborde, Simone, Radium bei Naevus vasculosus 270.
Lacroix s. Montpellier.
Lämmerhirt, Jodtinktur bei Erysipel 269.
Lagage, Syphilitische Reinfektion 579.
Lambert, R. A. s. Lane.
Landau, Hans, Staphylokokkensepsis 29.
Landsman, Arthur A., Analfistel 482.
Landsteiner, Karl u. Edelmann, Adolf. Polyglanduläre Erkrankung 439.
Lane, C. G., Dermatitis durch Prokain 551.
— J. E. u. Lambert, R. A., Maligner Pemphigus 164.
Lange, Bruno, Superinfektion 604.
— — u. Yosioka, M., Virulenzsteigerung apathogener Bakterien 222.
Langemak 452.
Langer, Gonorrhoische Mastdarmstriktur 239.
— Gonorrhoische Spermatozystitis 239.
— E., Proteinkörpertherapie bei Gonorrhoe 531.
— Recklinghausensche Krankheit 239.
— — Salvarsannebenwirkungen 527.
— Soor des Kehlkopfes 460.
— E. s. Buschke.
— Hans, Furunkulose bei Kindern 500.
— H., Technik der WR im Liquor 295.
Langguth 452.
Langner, W. s. Kuznitzky.
Langowski, Cornelius, Venerische Erkrankungen in der Leipziger Hautklinik (Prof. Rille) 1911—1919.
Langsch, Sekundäre Vakzine der Zunge 55.
Lanz, W., Antigen für die Eigenharnreaktion 368.
Latzko, W., Radikaloperation des Blasenkrebses 452.
Lauda, E. s. Luger.
Laurent, Ch., Toxische Serie von Novarsenobenzol 117.
Laurentier, C., Arsenstomatitis 97.
Lebon, H., Röntgenbehandlung mit harten Strahlen 616.
Leder, Gerhard, Angeborene Geschwülste 456.
Ledermann, Reinhold, Basalzellenkrebs 113.
— 23.
— — s. Pinkus.
Legrain, P. s. Thibierge.
Lehmann, Nierensteine 341.
Lehner, Emerich s. Török 147.
Leiner, Karl, Milchinjektionen bei Pityriasis rosea 415.
— K., Pityriasis rosea 28.

Digitized by Google

Leiner u. Kundratitz, Intrakutane Kuhpockenimpfung 462.
Lekisch, E., Radiumtherapie der Leukoplakie 51.
Lenk, Nebenhodentuberkulose 92.
Lennhoff, Carl, Metastasen an den Unterschenkeln bei weichem Schanker 213.
— 378, 379, 381.
Lenormant, K., Tuberkulose der Wangenlymphdrüsen 55.
Lenz, A., Schwefeldioxyd gegen Kopfläuse 52.
— F. s. Baur.
Lenzmann, Aortitis syphilitica durch Unfall 485.
— Cyarsal und Silbersalvarsan 511.
— Öltherapie 615.
Leredde, Syphilitische Hämato-Dermatosen 119.
— u. Drouet, Mißerfolg der Quecksilberbehandlung bei einem kongenital-syphilitischen Kinde 118.
— — — Nitritoide Krise 311.
— — — Quecksilberbehandlung kongenitaler Syphilis 118.
Lersey, P. u. Kuczinski, Max H., Genitalspirochätose des Kaninchens 70.
Lesser, Fritz, Abortivbehandlung der Syphilis 101.
— — Inaktivierung von Punktionsflüssigkeiten 213.
— — Naturheilung bei Syphilis 308.
— — Quartäre Nervensyphilis 488.
— — Selbstheilung der Syphilis 74, 104.
— — Syphilisbehandlung 102.
— — Syphilitische Reinfektion 510.
— — Toxische Exantheme bei Syphilis 294.
— — 114, 115.
Leupold, Ernst, Interrenalorgan und Spermiogenese 173.
Levaditi, C., Beziehung der Keimblätter zu den pathogenen Mikroorganismen 366.
— Kultur der Spirochaete pallida 503.
— — Neurotrope Ektodermosen 463.
— s. Sazerac.
— Harvier, P. u. Nicolau, S., Encephalitis virus 463.
— — — — — — — — Gesunde Enzephalitisträger 464.
— — — — — — — — Übertragung des Enzephalitisvirus auf den Fötus 464.
— — Marie, A. u. Isaïcu, Kaninchenspirochätose 503.
— — — — — — — — Syphilitische Heredität 503.
— — u. Nicolau, Immunität bei neurotropen Ektodermosen 463.
Leven, Nävus und Störungen der Skelettentwickluug 260.
— 20, 381.
Levi, S., Histologie der Narben 549.
Levi, Lichen ruber planus und acuminatus 22.
— 20.
Levin, J., Radium- und Röntgenwirkung auf lymphoides Gewebe 265.
— O. L., Recklinghausensche Krankheit und endokrines System 434.
Levinson, S. A. u. Petersen, W. F., WR und SGR 553.
Levy, Walther, WR bei Paralyse 295.
Levyn, Lester, Röntgendiagnose der Erkrankungen der Harnwege 169.
Lewandowsky, F., Boecksche Sarkoide 549.
— — Nävus der Brustgegend 213.
Lewi, S., Verlauf der Syphilis nach toxischen Exanthemen 74.
Lewy, Benno, Scharlach uud Varizellen gleichzeitig 54.
Ley, Alfred, Chloräthyl 224.
Lichatschew, A., Fall von Lepra 481.
— A., Mikroskopische Präparate von Lepra 402.
Lichtenberg, Hydronephrose bei Wanderniere 89.
— Nierenrindenabszesse 90.
— v., Pyelographie 92.
— A. v., Pyelographie 359.
— — Ätiologie der Lymphogranulomatose 285.
— R., Tuberkulose des Harntraktes 320.
Liebe, Hautschädigung durch Gonokokken 529.
Lieben, Granulom der Blase 90.
— Anton, Katheterismus der Harnleiter 319.
Liebermann, L. v., Künstliches Komplement 222.
Liebermeister, G., Tuberkulose und peripherisches Gefäßsystem 56.
Lilien, A., Tuberkulomuzin 483.
Linden, Gräfin v., Urin von mit Kupfersilikat Behandelten 222.
Lindenfeld, Meningitis durch Gonokokken 92.
Lindner, K., Blennorrhoe der Neugeborenen 150.
Linser, Hautnekrosen nach Bluttransfusion 213.
— Sublimateinspritzung bei Krampfadern 412.
Linzenmeier, G., Gonorrhoische Zystitis 170.
— — Zystoskopie der luftgefüllten Blase 533.
Lion, Achsendrehung des Penis 92.
— K., Solitärzyste der Niere 320.
Lippert, H., Dariersche Krankheit 578.
Lippmann, A., Technik der Tuberkulinreaktion 289.
*Lipschütz, B., Ätiologie der Herpesgruppe 59.

Digitized by Google

Lipschütz, B., Alopecia areata 62.
— — Bacillus crassus 558.
— — — — und Ulcus vulvae acutum 262.
— — Experimelles Teerkarzinom 64.
— — Künstliches Teerkarzinom 458.
— — Pseudosyphilis am weiblichen Genitale 213.
— — u. Brünauer, St., Ulcus vulvae acutum 352.
— Übertragung von Herpes genitalis 141.
Little, E. G. Graham, Adenoma sebaceum 65.
— — — — Diphtherie der Haut 64.
Loeb, Heinrich, Abortivbehandlung der Gonorrhoe der Frau 550.
— — Adalinexanthem 214.
Loebenstein, Fritz, Antigene Wirkung der Friedmannbazillen 68.
Loeffler 452.
Löhe, H., Drüsenschwellung bei Mycosis fungoides 214.
— — Schleimhautlokalisation der Darierschen Krankheit 337.
— Tuberkulose der Zunge 282.
— 114.
Löhnis, F., Lebenszyklus der Bakterien 584.
Lönne, Friedrich, Aplasia cutis 221.
— — u. Schugt, Paul, Diphtheriebazillen in der Scheide 558.
Loeper, M. u. Forrestier, J., Syphilis im Nucleus caudatus 293.
Löwenberg, E. s. Eicke.
Löwenfeld, W., Opsonischer Index für Staphylokokken bei Skabies 286.
Löwenstädt, Hans, Zelliger Gewebeabbau und Eiterung 367.
Loewenstein, G. s. Pinkus.
Löwenthal, Max, Wirkung der Keimdrüsen auf den Blutdruck 364.
Löwi, E., Bacillus crassus 603.
Loewy, Oskar, Akutes allgemeines Ekzem 27.
Löwy, R., Brandt, R. u. Mras, F., Vaskuläre und meningitische Form der Goldfällungskurve 100.
Lombard, Pierre u. Beguet, Maurice, Orchitis durch Micrococcus melitensis 317.
Lorenzen, H., Salvarsantod im Wochenbett 126.
Lorey, A., Schutzmaßregeln im Röntgenbetrieb 265.
Luce, Luise, Syphilis verheirateter Frauen 484.
Lucke, B. s. Kolmer.
*Ludovici, Bruno, Pityriasis amiantacea 154.
Lück, Grundsätze der Syphilisbehandlung 380.
Ludwig, Eugen, Haarstrich bei Zwillingen 582.
Lütge, J. R., Kongenitale Lebersyphilis 293.
Luger, A., Lauda, E. u. Silberstern, E., Herpetische Allgemeininfektion des Kaninchens 413.
Luithlen, Friedrich, Kolloid- und Organtherapie in der Kosmetik 214.
— — Kolloidtherapie 247.
— — Pharmakologie der Haut 386.
Lukowski, A., Fibromatose der Mamma und Krebs 458.
Lutz, Wilhelm, Exanthem bei Leukämie 214.
— W., Gegen Salvarsan refraktäre Syphilis 101.
Lynch, K. M., Granuloma inguinale 313.

Mac Donagh, J. E. R., Geschlechtskrankheiten 436.
MacGovan, Granville, Operationen an der hinteren Harnröhre 186.
MacKee, George M., Haarausfall 460.
— — G. M. u. Andrews, G. C., Röntgen- und Radiumdermatitis 165.
— — — — — — — — — Synoviale Hautveränderungen 165.
Makai, Endre, Anaphylaxieerscheinungen 615.
Malischerd 402.
Malouvrier s. Audrain.
Manchot, C. u. Reiche, F., Schutzimpfung gegen Masern 461.
Mandel, Urticaria pigmentosa 358.
Mannaberg, Stenonephrie 91.
Marchand, Felix, Entzündungsversuch 198.
— — Entzündungsbegriff 367.
Marchildon, John W., Gangrän des Skrotum 186.
Marchout, E., Hautkrankheit durch säurefeste Bazillen 160.
Margolies, A. u. Weidmann, F., Fordycesche Krankheit 160.
Mariani, Giuseppe, Melkerknoten 353.
Marie, A. s. Levaditi.
Mark, Ernest G., Tuberkulose des Hodens 404.
Markert, H. J., Diagnostische Verwendbarkeit der Trichophytine 67.
Markus, Albert, Salvarsanschädigungen 125.
Marshall, Clement H. s. Wile.
Martenstein, Hans, Chlornatriumbrei bei Lupus 481.
— — Lungentuberkulose und Tuberkuloderme 214.
— — Lupus nach Friedmann behandelt 68.
— — Rhinoskleromatoide Form des Lupus 260.

Digitized by Google

Martenstein, Hans, Überempfindlichkeit nach Trichophytie 214.
Martin, Alfred, Eine Hautklinik im Jahre 1615 433.
— — Lepra in der Kunst 432.
— — Steinschneider 501.
— — Steinschnitt auf Schweizer Glasmalereien 185.
— s. Dekester.
— J., Hochfrequenzstrom in der Urologie 531.
— Sergeant Price, Prostatektomie 171.
Martinotti, Leonardo, Epithelzysten nach Dermatosen 415.
— — Milzbrand 438.
— — Neue Methode zum Studium der Elemente der Haut 365.
— — Plasmozytome der Vulva 558.
— — Sanitäre Kontrolle der Prostituierten 560.
— — Störungen der Verhornung 353.
— L., Syringom der Augenlider 456.
Massia, G. s. Nicolas.
Mathé, C. P. s. Player.
Matsuyama, R., Parabiosen 319.
— — Rattenparabiosen 341.
May, R. E., Geschlechtsbeeinflussung 197.
Mayer, Edmund, Akute Leberatrophie 74.
— P., Mikrotechnisches 215.
— St. K., Hutchinsonsche Zähne 508.
Mayr, Julius Karl, Erythema perstans 215.
— — — Goldsolreaktion 260.
— — — Mycosis fungoides d'emblée 242.
— — — Sedimentierungsgeschwindigkeit im Zitratblut 260.
— — — u. Thieme, Julius, Salvarsanquecksilber-Schädigungen 215.
McKay, Hamilton W., Chirurgische Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis 405.
Mc Murray, W., Anetoderma 453.
McNair, James B., Rhus-Dermatitis 162, 164, 166, 555.
Medina, Barrio de, Verrucae planae 65.
Meirowsky, E., Kernveränderung in Umgebung von Plasmazellen 215.
— — Mit Schuppung, Pigmentierung und Atrophie einhergehende Dermatose 550.
— — Unfall und Acroderma atrophicans 241.
— — 368.
— u. Bruck, W., Ätiologie der Muttermäler 48.
— — Leven, L., Tierzeichnung, Menschenscheckung und Muttermäler 257.
Mello, F. de, Behandlung der Lepra 481.
Mellor, R. A. u. Avery, P. M., Bei Abwarten negativ ausfallende WR 435.
Mendel, Felix, Intrakutanimpfung 68.
— Kurt, Verjüngungsoperation 174.
Mendel, Kurt u. Eicke, H., Rückenmarkserkrankung bei Frühsyphilis 294.
Mennicke, Dermatitis herpetiformis 380.
— Pityriasis lichenoides 380.
Mense, Karl, Hypertrichosis 364.
Menze, H., Luetische Rezidivexantheme 73.
— — Purpura papulosa 338.
Mergelsberg, P. s. Hoffmann.
Merk, Ludwig, Weiteres zur Botanomnatur der Neurofibromatose 270.
— — Wesen eines Falles von Hodginscher Krankheit 284.
Mergweiler, K. s. Stühmer.
Merklen, Pr., Devaux, A., u. Desmoulière, A., Asthenische Zustände nach syphilitischen Drüsenaffektionen 74.
Mestschersky, G., Livedo syphilitica 402.
— papulöser Favus 403.
— 403.
Meyer, Fritz M., Einfluß von Röntgen- und Quarzlicht auf Erkrankungen der Sexualorgane 599.
— Heinz, Abtransport des Hautpigments 241.
— L. P., Perisplenitis bei hereditärer Syphilis 70.
— Leo, Zuverlässigkeit des Tuberkulin 67.
— William H., Röntgentherapie bösartiger Erkrankungen 266.
— -Estorf, Scharlach-Auslöschphänomen 54.
Meyersohn, F., Silbersalvarsan bei multipler Sklerose 312.
Mezö, Béla v., Nierensteindiagnose 341.
Michel, Leo L., Ureterozele 501.
— — — u. Goodman, Herman, Behandlung der Syphilis 296.
— P. s. Mouriquand.
Michelson, N. E., Staubdermatoren 190.
Miescher, Acanthosis nigricans 240.
— E., Chromatophoren 363.
Miguel, Fernandez, Schuppe, Haar und Haarscheibe 364.
Mikulicz-Radecki, F. v. s. Sons.
Milian, G., Nitritoide Krisen 310.
— Ikterus nach Noma und Salvarsanbehandlung 93.
— Thibaut u. Périn, purpurähnliche Syphilide 116.
— u. Cottenot, Lymphadenom des Gaumens 118.
— u. Mouquin, Arsenerythem.
— u. Périn, Antipyrinausschlag 118.
— — — Tertiärsyphilitischer Ikterus 118.
Minton, Henry M., Syphilis der Lungen 73.
Model, Technik intravenöser Injektion der Varizen 412.
Möbius, Th. s. Kolle.
Molnar, M., Schußverletzung der Nierengefäße 194.

Digitized by Google

Montpellier u. Béraud, Filariareaktion bei Gale filarienne 116.
— u. Béraud, Filariosis 116.
— Gouillon u. Lacroix, Myzetom 116.
— s. Argand.
Moog, O., Einfluß der Luftfeuchtigkeit auf die Hautwasserabgabe 583.
— — u. Nauck, E. Th., Einfluß des Wassertrinkens auf die Hautwasserabgabe 583.
Moore, Joseph Earle, Nervensyphilis 164.
— J. E. u. Kleidel, A., Stomatitis und perniziöse Anämie nach Salvarsan 165.
— Neil, Diagnose und Behandlung der Syphilis 500.
Morgenroth, J., Chemotherapeutische Antisepsis 607.
— — Schnitzer, R. u. Rosenberg, E., Neues Antiseptikum 245.
Mosenthal, Pyonephrose im Röntgenbild 600.
Moses, Julius, Konstitution und Erlebnis in der Sexualpathologie des Kindesalters 580.
Mouquin s. Milian.
Mouradion, Vergiftung durch Novarsenobenzol 187.
Mouriquand, G. u. Michel, P., Experimenteller Skorbut 30.
*Mras, Fritz, Reaktion des kolloidalen Benzoëharzes in der Rückenmarksflüssigkeit 369.
— F. s. Löwy.
Much, Hans, Tuberkulinrätsel 215.
— — u. Schmidt, Hans, Lipoidantikörper und WR 78.
Mühling, Adolf, Novasurol 614.
Mühsam, R., Kastration Sexualneurotiker 174.
Müller, Ernst Friedrich, Histologische Veränderungen nach Einspritzung unspezifischer Eiweißstoffe 215.
Müller, E. v., Russelsche Körperchen 364.
— Hugo, Familiäre Sklerodermie 20.
— — Frustraner Darier 20.
— — Geschlechtskrankheiten in Rheinhessen 196.
— — Livedo racemosa 20.
— — Lupus erythematodes 20.
— — Lupus vulgaris 20.
— Neurodermitis und Klitoriskarzinom 578.
— Pruritus 20.
— — Pseudopelade 20.
— Sinushaare 364.
— Strichförmige Dermatose 20.
— — Tuberkuloide Lues 20.
— Max, Röntgenschädigung der Harnblase 410.
— Otto, Ecrasol bei Krätze 52.
Müller, O., Kapillarmikroskop 368.
— Walter, Reizkörperwirkung nach Röntgenbestrahlung 615.
— R. u. Planner, H., Reaktionen mit Organluetin 77.
Muland, W., Vergiftung von Kindern durch Anilin, Naphthalin 440.
Mulzer, P. s. Plaut.
Murard, Zerreißung der Harnröhre 316.
Murray, F., Anderson, Nagelanomalien 455.
Naegeli, Skarlatiniformes Spättrichophytid 261.
Nagel, Zyarsal mit Neosalvarsan 381.
Nancel-Pénard, Warzen der Fußsohle 97.
Nanta, A., Vakzinetherapie der Urethritis 98.
— s. Audry.
Narr, F. C. s. Hollander.
Nass, H., Keratome palmare et plantare 337.
Nast, Otto, Liquorlues 216.
Nathan, Lupus erythematodes 21.
— Papulonekrotisches Tuberkulid 21.
— Quinckesches Ödem 21.
— E. u. Herold, Senkungsgeschwindigkeit roter Blutkörperchen bei Syphilis 76.
— — u. Weichbrodt, R., WR bei Paralytikern 550.
Nather, Karl, Lymphangioendotheliom des Fußes 271.
Nauck, E. Th. s. Moog.
Necker, Friedrich, Tuberkelbazillurie 320.
— — Tuberkelbazillurie durch 14 Jahre 557.
Negri, E. E. A. M. von 584.
Neuberger, H., Bassinische Operation 318.
Neuendorff, Neosilbersalvarsan 380.
— 381.
Neufeld, F., Antivenerische Prophylaxe 196.
Neuland, W., Winckelsche Krankheit 391.
Neumark, Eugen u. Wolff, Georg, Neue Vorschrift zur WR 79.
Neustadt, Adolf, Todesfall nach Neosalvarsan-Novasurol 104.
Nicolas, Gaté u. Pillon, Syphilitischer Schanker durch Autoinokulation 71.
— J., Massia, G. u. Dupasquier, D., Angiome am Skrotum 613.
Nicolau, S. s. Levaditi.
Nicolich, Giorgio de 80.
Niederhoff, Paul, Antigene Eigenschaften von Organlipoiden 222.
— — Herkunft der Lipoidflocken 506.
Niemeyer, R., Prostatahypertrophie 535.
Nissen, J., Aotan bei Zahnfleischerkrankung 459.
Nissle, Mutaflor bei Koliinfektionen 176.
Nobl, Purpura anularis telangiectodes 139.

Digitized by Google

Nock 90.
Noël, P., Lichen simplex mit Hautabhebungen 613.
— — Menstruation bei Lepra 160.
Nördlinger, Alice, Melanose und Hyperkeratose 216.
Nonne, Meningitis cerebrospinalis syphilitica 488.
— M., Myelom 216.
Nonnenbruch, W., Blut und Diurese bei Novasurol 608.
— — Wirkung des Novasurol auf Blut und Diurese 104.
Nonohay, Ulysses, Jdeen über Syphilis 484.
— — Vitiligo und Psoriasis syphilitischen Ursprungs 484.
v. Notthafft, Balsamtherapie des Trippers 216.
Nowak 92.
Nyáry, Ladislaus, Neurorezidiv 125.

O'Donovan, W. J., Karzinom bei Anthrazenarbeitern 166.
Oehlecker, Therapie der Hydronephrose 89.
Oelze, F. Walther, Dunkelfelduntersuchungen und Azimutfehler 221.
— — — Präzipitinreaktion im Dunkelfeld für forensische Zwecke nebst Bemerkung über Sachs-Georgi-Reaktion 222.
— — — Zystoskopsonden 382.
— Skabies in der Türkei im Weltkriege 286.
— — — Über Rascks Psoriasiserreger 28.
— — — u. Oelze-Rheinboldt, Meta, Aufklärungsarbeit mittels Laufbildes 343.
— -Rheinboldt, Meta s. Oelze, F. W.
— 380, 381, 560.
Okamoto, K. s. Hiraishi.
Oliver, E. A., Lymphangiome 555.
Oltramare, Syphilitische Reinfektion 578.
O'Neil, Richard F., Karzinom der Harnröhre 405.
Opitz, H., Blutzuckerspiegel 388.
Oppenheim, Acne conglobata 141.
— — indurata mit Tuberkulid 61.
— Aplasia cutis 306.
— Einseitige Stomatitis 306.
— Lichen ruber acuminatus 349.
— Pityriasis lichenoides 25. 141, 306.
— Schwefelsäureverätzung 141.
— M., Schwielen bei Tuch- und Schmiermittelarbeitern 415.
— Syphilis ulcerosa 25.
— Urticaria pigmentosa 349.
— — recidivans 25.
— Moriz, Vaselinoderma verrucosum 216.
— 26, 63, 64, 142, 476, 478.
Oppenheimer, W., Schleimhautzysten der Blasenwand 317.
Orlanski, A.. Eigenharnreaktion 483.
Orlowski, Behandlung der Impotenz 601.
Orth, Syphilis des Zentralnervensystems und Unfall 216.
Orth, Oskar, Ischiorektale Prostatektomie 407.
Osborne, Oliver T., Zahninfektion 459.
Ostwald, Wilhelm, Definition mikroskopischer Färbungen 216.
Otto, R. u. Winkler, F., Experimentelles Fleckfieber bei Meerschweinchen 481.

Pacou, Terpentin bei venerischen Hautinfektionen 97.
Padgelt, Everett E., Erkrankungen der weiblichen Harnblase 185.
Pal, Schrumpfniere 92.
Paldrock, A., Geschlechtskrankheiten in Dorpat 343.
Palugyay u. Ender, Röntgenbilder der weiblichen Blase 92.
Pancoast, Henry K., Nichtchirurgische Krebsbehandlung 49.
Panton, Philipp N. s. Sequeira.
Pap, K. s. Tordag.
Papegay, J. u. Rinsema, P. G., Wirkung des Sulfarsenol bei Syphilis 188.
Parker, Frederik u. Haigh, Sachs-Georgi-Reaktion 164.
Paschkis, R., Doppelseitige Nierentuberkulose 90.
— — Trigonum der Blase bei Einnierigen 92.
— Rudolf, Ulcus simplex der Blase 317, 533.
Patzschke, W., Leberthraninjektionen 383.
— — Parakeratosis scutularis 216.
Paul, F. s. Epstein.
Paulsen, Domestikationserscheinungen beim Menschen 197.
Pautrier, L. M., Lichen obtusus corneus 358.
— — — Pemphigus mit Epidermiszysten 120.
— — — u. Zimmerlin, Sarkoid bei einem Syphilitiker 358.
— Tuberculum Carabelli und hereditäre Syphilis 188.
Pawlow 403.
Payr, Erwin, Kolloidale Pepsinlösung 390.
Peacock, Klare Lösungen von Zinkchlorid 607.
Pearce, L. s. Brown.
Pečirka, Ferdinand 152, 384.
Peiser, Bruno s. Buschke.
Pelnár, Josef, Purpura rheumatica 383.
Pendl, Zystische Dilatation des vesikalen Ureter-Ostium 90.
Perczel, A. s. Kerészt.

Digitized by Google

Périn s. Milian.
Peritz, G., Lipoide. Pseudonegative WR 78.
Pernet, George, Mycosis fungoides 64.
Perutz 141.
— A. s. Kofler.
*— Alfred u. Taigner, Erwin, Adstringierende Wirkung der Silberpräparate 465.
— — — — — Peripher auf den Samenstrang wirkende Mittel 216.
Peterfi, T., Geschlechtsbestimmung 343.
— Tiberius, Mechanismus der Geschlechtsvererbung 197.
Peters, Paul, Biologische Diagnose der Gonorrhoe 217.
— W., Dermatitis nach Salvarsan-Quecksilber 310.
— Pityriasis rubra pilaris 379.
— W., Melanosarkom des Penis 601.
— — Prognose des Peniskarzinoms 600.
— Sclerodermie en plaques 379.
Petersen, W. F. s. Levinson.
Petges, Creeping Disease 98.
— Hidradenom 96.
— Lichen planus bei einem Kinde 98.
— G., Mykotisches Ekzem 93.
— Naevus anaemicus 98.
— Prämykose 95.
— Pruritus bei Lebertuberkulose 95.
— Zungenspatel 97.
— s. Arnozan.
— — Bousquet.
— — Gouin.
— — Roscher.
Petrow, Hermann-Perutzsche Reaktion 507.
Pette, H., Atemstörungen bei Tabes 75.
*Pewny, Walther, Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit 537.
Pfeiffer, Ernst, Harnröhrenplastik 599.
— — Hodentransplantation bei Homosexualität 581.
Pfeiler, W., Yatren bei Aktinomykose 461.
— — s. Krüger.
Pfister, E., Orchitis bilharzica 601.
Pflaumer, Liefert der Ureterkatheter unvermischten Urin? 176.
Phelip, Louis, Ionisation bei Gonorrhoe von Argentumlösung 315.
Philips, Herman B. u. Finkelstein, Harry, Röntgenbehandlung chronischer Knochenkrankheiten 409.
*Pick, Erwin, Hautgeschwüre bei funktioneller Anästhesie 177.
*— — Säurefeste Bazillen bei Acne conglobata 345.
*— Ludwig, Kongenitale Knochensyphilis 540.
Pick, L., Viszerale Syphilis 544.
— Walther, Akne und innere Sekretion 217.
— W., Ist Reinfektion Beweis für Heilung der Syphilis? 484.
Picker, R., Zystoskopklemme 359.
Piéchaud s. Vitrac.
Pinard, Marcel, Friedreichsche Krankheit und Syphilis 117.
— — Sterilisierung der Syphilis 98.
— — Tardive kongenitale Syphilis 97.
— u. Giraud, Behandlung der Säuglingssyphilis 117.
Pincas, H., Sugillationen bei Tabes 488.
Pincussen, Ludwig, Mikromethodik 220.
Pinkus, Felix, Ekzem 217.
— 114.
— Felix u. Ledermann, Reinhold, Dariersche Krankheit 217.
— — — Loewenstein, G., Schubartsches Ehezeugnis 192.
Piquet, Gilbert, Syphilis bei Ehegatten 613.
Pirkner, E. H. F., Temporäre künstliche Sterilität 343.
Planner, Fremdkörpertumoren nach Hg-Injektion 142.
— Hyperkeratosis follicularis 430.
— Neurotische Gangrän 139.
— H. s. Müller, R.
Plaut, F. u. Mulzer, P., Liquorbefunde bei Kaninchen 100.
— — s. Gilbert.
— H. C., Mikroorganismen der Kopfhaut 217.
Player, L. P. u. Mathé, C. P., Tumoren des Blasenhalses 404.
Pleschner, Hans Gallus, Ureterverdopplung 319.
— — — Ureter-Vaginalfisteln 598.
— 90.
Poehlmann, August, Typhusroseola 218.
Poetsch 452.
Poetz, Theodor, Tuberkulose der Vagina 482.
*Pokorny, Adolf, Glühnadel als therapeutisches Hilfsmittel 297.
Polácek, Lichen planus 476.
Polek, F., Querteilung der Spirochaete pallida 243.
Polland, R., Dermatitis dysmenorrhoica 218.
— — Diphtherie der Harnröhrenmündung 337.
— — Hexursan bei Gonorrhoe 530.
Polya, E., Hodenanomalie 535.
Polzin, Eczema callosum 338.
Pomaret, Marcel, Chok durch Arsenbenzol 119.
— Wirkung der Sera auf Salvarsan 433.

Digitized by Google

Pomaret, Marcel s. Bloch.
Ponndorf 452.
*Pontoppidan, B., Neue Technik für Quecksilberinjektionen 348.
— — Salvarsan-Quecksilberbehandlung 353.
Popowa, A., Gumma im Rachen neben Leukoderma 403.
Popowski, M., Radiumbehandlung der Leukämie 409.
Popper, E., Klinik des Naevus flammeus 270.
Porcelli, Rodolfo, Zerebrospinalflüssigkeit, Ausfällung des Benzoinkolloids 355.
Porias, Arsenkeratose 307.
— 306, 308.
Porosz, Moriz, Behandlung der Prostata hypertrophie 534.
Posner, Nachweis der Gonokokken 218.
— C. 200.
Portilla, Anthrax 385.
— Fall zur Diagnose 385.
— Primäraffekt der Lippe 385.
— Tolitäres Syphilisrezidiv 65.
Pospelow, W., Lepra in Smolensk 481.
Praetorius, G., Pyelographie 601.
— — Vesica bipartita 600.
Pranter, W., Hypertonische Zuckerlösungen bei Lues 124.
— Victor, Prostata, thermische Behandlung 317.
— — Therapie der Schuppenflechte 28.
Prausnitz, Fr., Tuberkulin nach Moro 67.
Pregowski, P., Einfluß von Nukleinund Arseneinspritzungen auf WR 312.
Priesel, Mangel des Ductus deferens 92.
Prigl, Röntgenaufnahmen der Harnröhre 92.
Prikul, A., Röntgenstrahlen bei Aktinomykose 409.
Prime jr., Frederick s. Wood.
Pringauld, E. u. Vigne, P., Sporotrichose der Ratte 116.
Przibram, Hans, Tyrosinase und Dopa 199.
Pulay, Erwin, Chemische Blutbeschaffenheit bei Hautkrankheiten 606.
— — Ekzematisation als vegetative Manifestation 269.
— Ekzem im Kindesalter 500.
— Prurigo und Strophulus 414.
— — Pruritus und Furunkulose 413.
*— Quellungs- und Entquellungserscheinungen 609.
— Sklerodermie 49.
Pulvermacher 283.
Pupovac, D., Transplantationen 224.
— Dominik, Transplantation 414.
Queyrat, Louis, Behandlung des weichen Schankers 98.
— Zahnfleischmykose 117.
— u. Degrais, Epitheliom der Nase 117.
— u. Deguignand, Elephantiasis vulvae 117.
— — — Leukoplakie der Vulva 117.
— — — Lichen planus anularis 117.
— — — Pigmentsyphilis 117.
— — Laroche, Xanthoma planum 117.
— Louis, Zahnfleischmykose 117.
Quick, D., Radiumbehandlung bösartiger Hautkrankheiten 434.
Quincke, H., Akutes umschriebenes Ödem 411.

Rabreau s. Fernet.
Rabut, L., Behandlung der Furunkulose 28.
Radaeli, Alessandro, WR, SGR und Hechtsche Methode 355.
Rademacher, Gerhard, Noma 438.
Rahnenführer, Trypaflavin bei Plaut-Vincentscher Agina 460.
*Rajka, Edmund, Soor der Haut 561.
Ramirez, Maximilian A., Proteinempfindlichkeit bei Asthma und Ekzem 264.
Randak, Analsklerose 307.
— Erythema induratum 431.
— Herpes tonsurans 350.
— Kerion Celsi 350, 431.
— Purpura 479.
— Trichophytia profunda 479.
Randall, Alexander, Gigantischer Blasenstein 404.
— — Verschiedene Prostataerkrankungen 405.
— — Small, James C. u. Belk, Wm. P., Granuloma inguinale tropicum 406.
Ranvier, Louis 416.
Raudt, Paul s. Farago.
Ravaut, Paul, Nebenerscheinungen des Salvarsan 613.
Ray, Henry M., Klinische Wertschätzung der WR 480.
Reckendorf, W., Chorionepitheliom des Hodens 535.
Reenstierna, John, Weicher Schanker bei Kaninchen 185.
— — 416.
Rehn, E., Spätblutungen nach Nephrotomie 341.
Reiche, F. s. Manchot.
Reichold, A., Wirkung der Röntgenstrahlen auf Mitosen im Karzinom 272.
Reiner, Psoriasis auf seborrhoischer Grundlage 430.
— Melkerknoten 141.

Digitized by Google

Reines, S., Quecksilber-Salvarsanbehandlung 309.
Reinhold, Walther, Pyorrhoea alveolaris 285.
Reisler, Simon, Chirurgische Behandlung der Urethritis anterior 432.
Rembe, Gastrische Krisen 103.
Remer, J. s. Satenstein.
Rencker, Karl, Neosalvarsan bei Pyelitiden 550.
Resch, Alfred, Lipolytisches Ferment der Leukozyten 365.
Reye, Jodtinktur bei Erysipel 269.
Rhamy, B. W., Cholesterinantigen 480.
Richter, C. s. Scholtz.
— Ed., Oxydation und Reduktion 218.
— Ernst, Ikterus nach Salvarsan 310.
— Fr., Funktionelle Nierendiagnostik 176.
Ricker, G., Schweißdrüsengeschwülste 352.
— — u. Regendanz, P., Örtliche Kreislaufstörungen 198.
Riddell, William Kenwick, Gefahr der Geschlechtskrankheiten 559.
Riecke, Erhard, Parapsoriasis 218.
Riedel 451.
Riego, Grande de, Trichophytie der Nägel 66.
Riehl, Ichthyosis 477.
— Stomatitis nach weißer Präzipitatsalbe 430.
— 477.
Riese, H., Harnröhrenplastik 169.
Riess, E., Zergalin 389.
Rigaud, P., Syphilis des inneren Ohres 97.
Rihmer, B. v., Harnsteinoperationen 599.
Rille, J. H., Eigenartige blasenbildende Hauterkrankung 219.
— — — 32, 272.
Rimpau, W. u. Keck, A., Vakzinetherapie 28.
Rischin, M., Parendomyzeserkrankung 260.
Ritter, Hans, Röntgenstrahlen bei Hypertrichosis 219.
Roberts, Leslie, Herdinfektion 166.
— H. Leslie, Herdinfektion 453.
Roger, Henri, Schwarze Haarzunge 285.
Rogge, H., Kochsalz in der Wundbehandlung 414.
Rohleder, Hodeneinpflanzung bei Prostatismus 174.
Rohrböck, J., Paroxysmale Hämaturie nach Neosalvarsan 527.
Rolly, Friedrich, Moderne Reiztherapie 247.
Romenowsky, Franz, Karzinom auf Psoriasis 218.
Roscher, Hautüberpflanzung 96.
— Inkontinenz bei Spina bifida 96.
— Lymphangioplastik 96.
— A. s. Herzog 608.
— u. Petges, Lokale Anästhesie 97.
Rosenbach, F. J., Infektions- und Reaktionsvorgänge bei Staphylo- und Streptokokkenherden 436.
Rosenbaum, Michael Georg, Lichen scrofulosorum 219.
— S., Sublimatvergiftung 509.
Rosenberg, E. s. Morgenroth.
Rosenberger, Max, Kaseosan bei Typhus und Phlegmone 438.
Rosenbloom, Jacob, Dermatitis durch Orthoform 615.
Rosenstein, Paul, Pneumoradiographie des Nierenlagers 600.
Rosenthal, Oskar, Lokalisierte Hypersekretion der Talgdrüsen 219.
— — Selbstheilung der Syphilis und Quecksilber 508.
— 23, 46, 282.
Rost, G. A., Behandlung der Frühsyphilis 508.
— Impetigo herpetiformis 219.
— Lichen-ruber-ähnliche Salvarsandermatitis 22.
— E., Seifen in der Therapie 246.
— 20, 22.
Rothbart, L., Psoriasis geheilt durch Röntgenbestrahlung 415.
Rothenberger-Nathan, Margot, Cholesterin im Blutserum von Luetikern 550.
*Rothman, Stefan, Ameisensäuredämpfe bei Scabies 570.
— — Sublimat-Salvarsaneinspritzung 123.
— — Wasserabgabe der Haut 220.
— — Kombinierte SG und WR 99.
Rothschild 91.
*Rubin, Eugen u. v. Szentkiralyi, Siegmund, Lebensdauer der Spirochaeta pallida 84.
— J. u. Szentkiralyi, S., Lebensdauer der Spirochäten 504.
Rubritius, H., Prostatakarzinom 318.
— Retention durch Sphinkterkrampf 91.
Ruckstuhl, Friedrich, Ursache der Canities 30.
Rüscher, E., Tuberkulinreaktion bei chirurgischer Tuberkulose 289.
Ruete, A. F., Röntgentherapie bei Aktinomykose 241.
— — 464.
Rumpel, Alfred, Identische Mißbildungen 200.
— Pathologie der Hydronephrose 89.
Runeberg, Birger, Aseptische renale Pyurie 194.

Digitized by Google

Ruppe s. Gougerot.
Ruppert, F., Methode zum Färben des Treponema pallidum 76.
— — s. Kolle.
Rusch, Leucaemia cutis 430.
— Serpiginöses Syphilid 477.
— Systematisierter Naevus vasculosus 430.

Saalfeld, Edmund, Arterienveränderungen der Haut im Alter 143.
— 282.
Sabouraud, R., Alopecia areata und Syphilis 51.
— Gramsche Lösung bei Trichophytie 116.
— Trichorrhexis 612.
— — Unklassifizierte Epidermophyten 431.
Sabrazès, Trophödem bei Basedow 97.
Sachs, Hans, Einfluß von Temperatur und Salzgehalt auf die SRG 143.
— — Methodik der WR 79.
— — Reaktionsfähigkeit des aktiven Serums 550.
— — u. Georgi, F., Aktive Sera 505.
— — — Sahlmann, H., Biologisches Verhalten der Flocken beim Luesnachweis 99.
— Otto, Anatomie der weiblichen Prostata 91.
— — Formaldehydkomponente nach Neosalvarsaninjektion 511.
— — Natrium salicylic.-Lösung bei Psoriasis 28.
— Sklerodermie 25.
— Urticaria chronica 476.
— Wirkung von Karbid auf die Haut 143.
— 306, 349, 478.
Sack, sen. 20, 21.
Sahling, Robert, Leukozyten des Schweines 365.
Sahlmann, H. s. Sachs.
Sahm, Einfluß des Jodkali auf WR 143.
Salén, Ernst, Ultramikroskopie an Stromata 605.
Salinger, A., Rotlaufinfektion beim Menschen 29.
Salomon, Oskar, Epithelzysten der Haut 550.
— — u. Feit, Hermann, Primäraffekt auf Lupus 550.
Šamberger, F., E. Pečirka 384.
— — Ödem 143.
Samson, J. W., Prostitution u. Tuberkulose 55.
— — — Prostitution und Tuberkulose 408.
Sanders, A. S., Punktion des Vas deferens 151.
Saphier, Johann, Dermatoskopie 144, 261.
— — Zosteriforme Nekrose nach Hg succinimid. 104.
— — 272.
Sarrat, Syphilitische Reinfektion 579.
Sasakawa, Masar, Glykogen in der Haut 262.
Satenstein, D. L. u. Remer, J., Dosierung der Röntgenstrahlen 552.
Saudek, J., Okklusivpessar als Schutz gegen Gonorrhoe 127.
— Saugbehandlung bei chronischer Blennorrhoe 92.
Savini, Emile, Thyreoidinbehandlung der Furunkulose 269.
Sazerac u. Levaditi, Behandlung der Syphilis mit Wismut 528.
— — — Wismut bei Syphilis und Nagana 503.
Scenes, Narbenmassage 270.
Schaack, W. s. Hesse.
Schaefer, Robert, Psoriasis pustulosa 242.
Schäfer, Walther, Chemische Hautreaktion bei Lähmungen 144.
Schäffer, J., Epididymitis non gonorrhoica 128.
Schaeffer, Jean, Syphilistherapie 102.
*Schäffer, Jean 575.
Schaele, Totalexstirpation der Blase 91.
Schallinger, G. s. Fuhs.
Schamberg, Jay F., Forschungsprobleme der Dermatologie 434.
— — — Fünfwertiger Arsenik 608.
— — — s. Kolmer.
— — — Tokuda, K. u. Kolmer, J. A., Serumniederschläge nach Arsphenamin in Beziehung zu klinischen Störungen 552.
Schanz, R. F. s. Short.
Schardorn, E., Impetigo herpetiformis 144.
Schärer, R., Charcot-Leydensche Kristalle im Pemphigus vegetans 416.
— Rud., Hautschädigung bei Brikettarbeitern 456.
Scharfe, Prostituiertenkontrolle 192.
Scheele, A., Spirochäten in abgeheilten Mundplaques 504.
Schelenz, Curt, Angina Plaut-Vincent und Ulcus phagedaenicum 50.
Scheller, Robert, Angina und Stomatitis ulcerosa 50.
Schemensky, W., Stalagmometrischer Quotient 606.
Schereschewsky 114.
— J. u. Worms, W., Kaninchensyphilis 295.

Digitized by Google

Schereschewsky, J. u. Worms, W., Originäre Kaninchensyphilis 244.
— — — — — Spirochätotropie und Luesprophylaktika 100.
Scherliess, A., Heißwasserspülung bei Gonorrhoe 151.
Scheyer, K., Pyelo- und Nephrolithotomie 557.
Schiefferdecker, P., Ekkrine Hautdrüsen 144.
— — Gefäßbündel an den Barthaaren 144.
Schiller, Eugen, Atrophia cutis 49.
— Walther, Blutbestimmung bei Hämaturie 407.
— K., Chemotherapie des Erysipels 437.
— E., Höherer Nahrungsbedarf bei Inunktionskur 296.
Schindler, Karl, Lichtbehandlung bei Lues 103.
Schlagintweit, F., Fremdkörper im Harnleiter 176.
Schlein, Otto, Röntgenbehandlung des Pruritus vulvae 266.
Schloßberger, H. s. Kolle.
Schlossmann, E., Angeborene Sarkomatose 284.
Schmalz, W., Neosalvarsan-Novasurol 124.
Schmidt, Pubertätsdrüsen 91.
— Hans s. Much.
— H. E., Kompendium der Lichtbehandlung 436.
— R., Kampferölinjektionen 224.
Schmidt-La Baume, F., Kutanimpfung nach Ponndorf 530.
— 452.
Schmieden, Nebenhodentuberkulose 536.
Schmincke, Pathologie des Colliculus seminalis 170.
Schnabel, A. s. Doerr.
Schneider, M., SG, WR und Meinicke 505.
— Paul, Angeborene Frühsyphilis im Knochensystem 502.
*— — Bilirubin des Blutserums nach Salvarsankur 228.
*— — Bilirubingehalt des Blutserums bei Salvarsan-Quecksilberkur 250.
Schneider, P., Einheitlichkeit der Miliarsyphilome 76.
Schnell, Walther, Beseitigung der Kopfläuse 286.
Schnepp, B., Sublimatsalvarsan 124.
Schnetzer, O., Fremdkörper in der Harnröhre 533.
Schnirer, M. T., Taschenbuch der Therapie 194.
Schnitzer, Robert, Verkalkung 145.
— — s. Morgenroth.
Schober, P., Thermalbäderwirkung 388.
Schön, Rudolf, Lymphosarkomatose 284.
Schoenborn, S., Intrakutanmethoden bei Tuberkulose 289.
Schönfeld, Jodkalifüllung bei Blasenkrankheiten 171.
— Therapie des Trippers beim Weibe mit Silber-Farbstoffpräparaten 241.
— W., Sedimentierungsgeschwindigkeit des Blutes 352.
— — Übergang von Farbstoffen in die Rückenmarksflüssigkeit 145.
— Walther 536.
Scholl, A. J. s. Stokes.
Schollmayer, Georg, Gonorrhoe in Schwangerschaft und Wochenbett 529.
Scholtz, Moses, Organextrakte bei Hautkrankheiten 270.
— W. u. Richter, C., Traubenzuckerinjektionen 388.
— — u. Willmer, Dauererfolge der Salvarsan-Quecksilberbehandlung 145.
Schreiner, Karl, Preglsche Jodlösung 242.
Schröder, R., Pathogenese des Fluors 195.
Schüber, F., Liquoruntersuchungen bei Syphilis 260.
Schugt, Paul s. Lönne.
Schulz, Martha, Spezifität der SGR 550.
— — Ambozeptorbildung durch Deuteroalbumoseinjektion 550.
Schulze 452.
Schumacher, Josef, Neue Bakterienfärbung 239.
— — Zur Chemie der Zellfärbung 145.
— — 46.
Schürer, J. u. Eimer, K., Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen 223.
Schuscik, Periartikuläre gonorrhoische Abszesse 128.
*Schütz, Josef, Karbunkel und Furunkel 421.
— 21.
— Julius, Temperaturregelung bei Urämie 342.
Schwalbe, J., Diagnostische Irrtümer 243.
Schwarz, Oswald u. Brenner, Axel, Dynamik der Blase 359.
— Richard, Polymyositis 291.
Schwarzwald, Raimund, Pyelographie bei Nierentumoren 320.
— — Th., Pyelographie bei Nierentumoren 558.
— — s. Friedmann.
— Ureterenkolik bei Nierentuberkulose 90.

Digitized by Google

Schwerin, H., Therapie der Angina Plaut-Vincent 50.
Seeger, Karl 440.
Seelmann, F., Terpentin bei Adnexerkrankungen 195.
Seil, H., Behandlung der weiblichen Gonorrhoe 531.
Seitz, Ludwig, Karzinomgenese und Karzinomdosis 49.
— — u. Wintz, H., Röntgenbehandlung der Sarkome 616.
Seligmann, E., Hautschädigung durch Zyklondämpfe 264.
Selitzky, S., Pferdeserum gegen Hautkrankheiten 402.
Sellei, J., Atypische Keratosis follicularis 415.
— — Funktion der Prostata 534.
— — Neuere Quecksilberpräparate 509.
— — Salvarsanexantheme 512.
— — Seborrhoe 411.
— — Tumor fibrosus syphiliticus 485.
— — Versuche mit Prostataextrakten 534.
— — u. Krausz, M., Milchinjektionen 388.
— — — — — — bei Syphilis 528.
Selter, H., Erreichbare Ziele der spezifischen Tuberkulosetherapie 56.
— — Tuberkulöse Allergie 387.
— — u. Tancré, E., Wirkung des Tuberkulin 289.
Senigaglia, Augusto, Angiodiaskopie 367.
Sequeira, J. H., Kongenitale Hypertrichosis 65.
— — — Multiples idiopathisches Pigmentsarkom 65.
— — — Syphilisinfektion vor der Geburt 296.
— — — u. Panton, Philipp N., Lymphoblastische Erythrodermie 454.
Seralach, Pubertätsdrüsen 91.
Serra, Alberto, Lepra 355.
Sézary, A., Vakzinotherapie der Blennorrhoe 314.
Sgalitzer, Max, Harnblase bei raumbeengenden Prozessen 317.
— Nierenaufnahme 92.
— — Röntgenuntersuchung der Blase 171, 599.
Short, J. T. u. Schanz, R. F., Multiple Nierensteine 340.
Sibley, W. Knowsley, Diathermie in der Dermatologie 433.
Siemens, Hermann Werner, Blutsverwandtschaft der Eltern bei Dermatosen 145.
— — — Epidermolysis bullosa traumatica 263.
— — — Knorpelnävi 145.
Siemens, Hermann Werner, Rezessivgeschlechtsgebundene Vererbung von Hautkrankheiten 352.
— — — Vererbungspathologie 367.
Sigerist, Henry E., Frühgeschichte der Syphilis 69.
Silberstein, S., Provokation der WR durch Salvarsan 145.
Silberstern, E. s. Luger.
Simmonds, M., Diabetes und Syphilis 145.
— Hoden bei narbigem Verschluß des Samenleiters 173.
Simmondo, O., Diathermie bei Prostatitis 531.
Simon, Clément, Azoospermie bei einem Hereditärsyphilitischen 93.
— K. M. B., 1400 WR nach Arsphenamin 556.
— 452.
Sklarz, E., Haut als therapeutisches Organ 224.
*— Ernst, Lues des vegetativen Nervensystems 393.
— — Multiple neurotische Gangrän 145.
*— — Schleimhaut und Blut bei Darierscher Dermatose 513.
— — s. Jacobson.
— 283.
— G. s. Freymann.
Small, James C. s. Randall 407.
Smith, E. O., Urologie und praktischer Arzt 315.
Sobernheim, G., Revakzination 55.
Somogyi, St., Iso- und antitoxische Behandlung der Tuberkulose 483.
Sonntag, Induratio penis plastica 532.
Sons, E. u. v. Mikulicz, F., Spezifizität der Tuberkulinreaktion 67.
Soucek, A., Urticaria bei Scharlach 287.
Sowade, H., Akzessorische Gänge am Penis 146.
— Neurotisches Ekzem 379.
— Psoriasis der Glans 379.
Spaas, R., Staphylokokkenvakzine 28.
Sparmann, R., Magendünndarmsyphilis 73.
Spiegelberg, R., Hautdiphtherie 27.
— — Parasyphilis oder Plaut-Vincent 76.
Spiethoff, Abortivkur bei Primärlues 308.
— B., Blutbild bei Hauttuberkulose 146.
— — Erythema anulare centrifugum 146.
Spillmann, L., Dermatitis durch Eichenholz 120.
— — Mutilierende Syphilis 119.
Spiro, K., Ionengleichgewichte im Organismus 582.
— — Kalzium-Kalium-Wirkung 583.
Spitzer, Rudolf, Dariersche Krankheit 551.

Digitized by Google

Spitzer, Rudolf, Alopecia areata 146.
— — s. Frei.
— E., Extragenitale Sklerose 71.
Sprinz, Oskar s. Heller.
— — Cutis verticis gyrata 146.
Šrámek, Dermatitis exfoliativa nach Salvarsan 382.
Stäheli, F., Hautentzündung durch Oidien 262.
Staemmler, M., Mastzellen 198.
Stahr, H., Schusterdaumenkrebs 458.
Stangen, J., Hutlederdermatitis 432.
*Stangenberg, Josef, Einseitige lineare Psoriasis 210.
Staunig, K., Charakterisierung der Röntgenstrahlungen 616.
Stein, Robert Otto, Kutireaktion bei Favus 146.
— — — Röntgenbehandlung der spitzen Kondylome 48.
— 307.
Steinberg, Spirillozide Wirkung des Salvarsans mit Traubenzucker 511.
Steinbiss, W. s. Flörken.
Steinert, E., In observatione de lue 294.
Stejskal, Margarete, Fungus cutis 147.
Stengel, Rotlaufinfektion beim Menschen 438.
Stern, Carl, Aderlaß in der Dermatologie 147.
— — Amtliche Extrakte zur WR 505.
— Proteinkörpertherapie 606.
*— u. Evening, Einzeitige Sachs-Georgi-Meinecke-Reaktion 235.
*— E., Multiple weiche Warzen der Mundschleimhaut 274.
— Fritz, Fixes Salvarsanexanthem 125.
— Margarete, SGR und DM 505.
— Maximilian, Harnröhrenstriktur 432.
— F. s. Zippert.
Sternberg, Hermann s. Jaffé.
— Carl, Zwischenzellen 172.
— K. 91.
Stettler, Eduard, Granuloma anulare 147.
Stewart, Robert, B., Blasendivertikel 432.
Stintzing, R., Behandlung mittels unspezifischer Eiweißkörper 607.
Stockman, Ralph, Chronische Arsenvergiftung 264.
Stoeber, Novitan 614.
Stoeckenius, Walther, Akute Ausbreitung frischer Syphilis 551.
Stöhr, Phil., Natronlauge-Silbermethode für Darstellung der Achsenzylinder 365.
Stoffel, Ernst, Geschichte der Aktinomykose 286.
Stokes, J. H., Falscher Schanker 553.
— — — Injektionstechnik 391.
— — — u. Scholl, Paraffinöltumor 163.
Stoll, H. F., Diagnose der kongenitalen Lues 292.
Stone, Lee Alexander, Alter Symbolismus 501.
Stowers, J. H., Hauttuberkulose geheilt durch pikrinsaures Kupfer 65.
Strachstein, A., Ätiologie der Prostatitis 171.
Strandberg, James, Boecksches Sarkoid 190.
— Ove s. Heiberg 66.
Strassberg, Maximilian, Behandlung juckender Hautkrankheiten 388.
— — Keratodermitis follicularis atrophicans 262.
— 349.
Strassburg, Gummanarben im Gesicht 62.
Strauss, Otto, Strahlenbehandlung des Krebses 616.
Streissler, E., Preglsche Jodlösung 245.
Strickler, A., Hautreaktionen durch Arsen 166.
— — Toxinbehandlung der Dermatitis venenata 264.
Stübel, A., Varizen und Schwangerschaft 412.
Stühmer, A., Abgrenzung der 1. und 2. Periode der Syphilis 71.
*— — Cutis gyrata der Stirn 249.
— — Extrakte aus Meerschweinchenleber für WR und SGR 79.
— Syphilis im Lichte experimenteller Trypanosomenforschung 147.
— — u. Mergweiler, K., Kombinierte SG und WR 99.
Stümpke, Gustav, Familiäre Syphilis 70.
*— — Hannoversche Mikrosporieepidemie 472.
— — Meningitische Symptome bei Salvarsanbehandlung 126.
— — Syphilisbehandlung 102.
— — 584.
Süring, Bruno, Fixes Salvarsanexanthem 526.
Sussig, L., Genese der Tuberkulose des männlichen Genitale 55.
Suter 90.
Swartz, Ernest O. s. Young.
— — — u. Davis, David M., Wirkung der Antigonorrhoica auf den Gonokokkus 405.
Synwoldt, J., Frühdiagnose der Tabes 295.
Szappanyos, B. s. Ernst.

Digitized by Google

Szentkirályi, Siegmund v. s. Rubin.
Szondy, L. u. Haas, L., Pruritus essentialis 439.

Tachau, Paul, Icterus syphiliticus 240.
— Salvarsanikterus 125.
Taigner, Erwin s. Perutz.
Tancré, E. s. Selter.
Tandler, Chirurgische Anatomie der Blase und Harnleiter 90.
Tarnow, O. S., Blutbefunde bei Angina Plaut-Vincent 50.
Teilhaber 23.
Templeton, Carl R. s. Graves.
Thaysen, Th. Hess, Spontane Veränderungen der Stärke der WR 79.
Theodor, Paul, Nephrektomie und Schwangerschaft 190.
Thibaut s. Milian.
Thibierge u. Hufnagel, Atrophie und Sklerodermie 116.
— — — Atrophisierendes und sklerodermisierendes Erythem 116.
— — — Epitheliom der Kreuzgegend 115.
— — — Leukonychie 95.
— — Legrain, Perionychie durch Zuckerwaren 95.
— — — WR bei weichem Schanker 98.
— — Rabut, Adenoma sebaceum 118.
— — — Lymphogranulom 118.
— — — Pemphigus mit Epidermiszysten 115.
Thielmann, Hugo, Tuberkulose des Penis 316.
Thieme, Julius s. Mayr.
*Thim, J. R., Rücklaufkonus für Harnröhrenspülung 376.
*— — — Therapie der Folliculitis barbae 60.
— — Urethritis protozoica 602.
Tiedje, Unterbindungsbefunde am Hoden 173.
Thorek, Max, Primäraffekt der weiblichen Brust 186.
Todd, L. C. s. Elliott.
Török, Ludwig u. Lehner, Emerich, Urtikaria 147.
Tokuda, K. s. Schamberg.
Tomasinelli, Giovanni, Irrtümer bei der Dreigläserprobe 529.
Tommasi, Lodovico, Diabetid 354.
Toomey, Noxon, Gamasoidosis 501.
— — Katalogisierung dermatologischer Notizen 187.
— — Verschiedene Art des Schwitzens 433.
Tordag, Fr. u. Pap, K., Schutzimpfung gegen Masern 461.
Toth, St., Tuberkulose der weiblichen Genitalien 559.
Touton 21.
Townsend, W. M. Warren, Gonorrhoebehandlung mit Vakzinen 405.
Tranjen, J., Friedmanns Mittel im Lichte der Seitenkettentheorie 68.
Trýb, Anton, Impetigo herpetiformis 148.
*— — Lichen ruber pemphigoides 563.
Tschernogubow 402.
Tunger, Brandwundenbehandlung 414.
Tunnicliff, Ruth, Färbung gramnegativer Bakterien 603.

Überhuber, Gemisch von Silbersalvarsan und Salvarsannatrium 309.
Überschaer, Recklinghausensche Krankheit 283.
Uhlenhuth, P., Spezifische Tuberkulosetherapie 482.
— — Übertragung der Maul- u. Klauenseuche auf Meerschweinchen 51.
Ullmann, Karl, Exanthem nach Silbersalvarsan 140.
— — Hodentuberkulose 535.
— — 63, 64, 478, 536.
Ulrich, Veränderungen der Erythrozyten im Ultramikroskop nach Röntgenbestrahlung 409.
— W. s. Fränkel.
Umber, F., Kalkgicht 29.
Unna jr., Paul, Pigmentsyphilis 148.
— — — s. Delbanco.
— Karl s. Wechselmann 148.
— P. G., Eiterkokkenkrankheiten der Haut 267.
— — — Streptodermie, Erysipel 269.
— — — Ulerythema centrifugum 189.
Unterkircher, Phlebitis luetica 476.
— Tendovaginitis syphilitica 476.
Urbach, Erich, Fibrin in syphilitischen Prozessen 263.
*Urbán, Franz, Klinische Erfahrungen mit Mirion 111.
— — Mirion 509.
Urtel, Kampferöl 614.

Valder, Peter, Keloid durch Zinnober 457.
Valentin, E., Ureterverschluß durch Drüsentuberkulose 557.
Váró, B., SGR in der Gynäkologie 507.
Vas, J., Epiphyseolysis bei kongenitaler Lues 502.
Veiel, Theodor, Dermatologen Wiens 551.
— 21.

Digitized by Google

Veilchenblau, Schweinerotlauf beim Menschen 29.
Verger, H. s. Vitrac.
Vidfelt, G., Doppelureter 557.
Vigne, Paul, Hämolymphangiom 119.
— s. Pringauld.
Vignes, H. u. Stiassnie, Purpura in 3 Schwangerschaften 266.
Vitrac, J., Verger, H. u. Piéchaud, F., Syringomyelie 97.
Vivo, Goffredo del, Sulfarsenol 354.
Voelcker, Chirurgische Anatomie der Blase und Harnleiter 90.
— 92.
Vogel, J., Tiefsitzende Harnleitersteine 176.
— 452.
Vogt, E., Röntgentherapie der Genitaltuberkulose 291.
— — Urotropin bei postoperativer Urinverhaltung 533.
Voigt, Arthur, Straussche Salbe bei Ekzem 27.
Volk, Richard, Angiokeratom 148.
— Erythema elevatum 25.
— 26.
Volkmann, Joh., Hodengeschwulst mit chorionepitheliomartigen Wucherungen 175.
Vollhardt, Walther, Bestrahlungsschädigung bei Tuberkulose 291.
Vollmer, Fibrosarkom 21.
— Gangrän an der Impfstelle 21.
Voormann, Paul, Argochrom bei Gonorrhoe 151.
Vörner, Hans, Herpes zoster 148.

Wade, H. King, Verschluß des Vas deferens 501.
Waelsch, Ludwig, Livedo racemosa 148.
— L., Lymphangitis bei Hidrosadenitis axillaris 437.
*Wagner, Richard, Keratodermia symmetrica 82.
*— — Wind- und Kälteurtikaria bei Lues hereditaria 489.
— v. Jauregg, Julius, Behandlung der Paralyse und Tabes 103.
Waldschmidt, Prostataatrophie 91.
Walleczek, Fr., Schweinerotlauf auf Menschen übertragbar 438.
Wallerstein, Künstliche Scheidenbildung 342.
Walter, A., Ätiologie des Ekzems 415.
— B., Homogenisierung der Strahlung radioaktiver Präparate 265.
*— Franz, Fox-Fordycesche Krankheit 592.
Walthard, Hermann, Einfluß der Epididymektomie auf die Prostata 407.
Wander, W. G. s. Engman.
Ward, Francis J., Desensibilisierung duratio penis plastica 316.
Wieloch, J., Geschlechtsbeeinflussung durch Röntgenstrahlen 409.
Wienert, Spirillozide Wirkung der Salvarsanpräparate 149.
Wiesenack, Hans, Herabsetzung der Salvarsantoxizität 125.
Wieser, Wolfgang, Einfluß der Plus- und Minuszonen auf Karzinomheilung 409.
— Röntgentherapie maligner Tumoren 92.
Wieting, Penisgangrän 170.
Wijnhausen, Xanthom bei Pancreatitis 270.
Wildbolz, Nephrektomie 359.
— Operationsresultate bei Nierentuberkulose 90.
— 90.
Wile, U. J., Milzsyphilis 339.
— — — Pankreassyphilis 339.
— — — u. Marshall, Clement H., Lungensyphilis 163.
— — — — — — — — Rückenmarksflüssigkeit in 1869 Syphilisfällen 552.
— 451.
Williams, Ch. M., Lichen trichophyticus 435.
— — — Reinfektion 340.
— John R., WR bei Nephritikern und Diabetikern 480.
Willmer s. Scholtz.
Winkler, Ferdinand, Amylnitrit-Mischnarkose 452.
— — Karzinomstudien 149.
— F. s. Otto.
— W. F., Neuere Methoden der Luesdiagnose 507.
— — — SGR. 506.
Winter, G., Ursachen der weiblichen Sterilität 196.
Wintz, H. s. Seitz 616.
Wirz, F., Dysmenorrhoische Hauterkrankung 351.
— — Lymphogranulomatosis 149.
*— — Perkutane Elektrolyse 321.
Wittgenstein, Anneliese u. Kroner, Karl, Eunuchoidismus auf syphilitischer Basis 74.
Wöhlisch, Edgar, Blutgerinnung 126.
— — Hämophilieproblem 605.
Wohlwill, Friedrich, Zentralnervensystem und Roseola bei Typhus exanthematicus 149.
Wolff, E., Zirkumzisionstuberkulose 482.
— Georg s. Neumark.

Digitized by Google

Wolff-Eisner, A., Tuberkuloseimmunität 149.
Wolffenstein, W., Partialantigene bei Hauttuberkulose 338.
Wolffheim, W., Parasyphilis und Mundspirochätosen 75.
Wolfheim 381.
Wood, Francis Carter u. Prime jr., Frederick, Radiumwirkung auf Tiertumoren 411.
Worms, Werner, Experimentelle Beiträge zur Syphilisprophylaxe 101.
— — s. Schereschewsky.
Wossidlo, E., Pyelitis, Pyonephrose 601.
Wyeth, George A., Diathermie maligner Neubildungen 459.
gegen Protein 264.
Wassermann, August v., Zu E. Weils Ausführungen 77.
Watterston, Charles, Syphilisdiagnose 501.
Wayson, J. T., Jodbehandlung bei Lepra 551.
*Weber, Hannes, Neue Erfahrungen mit Neosilbersalvarsan 523.
Wechselmann, Wilhelm u. Unna, Karl, Lichen anularis 148.
Wehner, Ernst, Unterbrechung der Samenwege 407.
Weibel, Blasenscheidenfisteln 91.
— Ureterimplantation 91.
— 92.
Weichbrodt, R. s. Nathan.
Weidmann, F. s. Margolies.
— — u. Douglas, H. R., Blastomycetoide Körperchen in einem Tumor 161.
Weigelt, W., Unterschiede des Liquor an verschiedenen Stellen des Subarachnoidealraumes 223.
Weil, E., Serologie in Darstellung Wassermanns 77.
— — Breinl, F. u. Gruschka, Th., Experimentelle Fleckfieberinfektion 53.
Weill, G., Plasmotherapie der Epididymitis 151.
Weill u. Bocca, Nichtübertragung der Masern in den ersten Lebensmonaten 287.
Weinstein, Leopold s. Fischer.
Weisbach, W. s. Klostermann.
Weise, Friedr., Intravenöse Quecksilberbehandlung 337.
Weiß, L., Eilser Schwefelbäder 246.
Weiss, M., Wildbolzsche Eigenharnreaktion 69.
— R. S., Recklinghausensche Krankheit 340.
*Wellmann, Eduard, Gonorrhoebehandlung nach Ponndorf 424.
Werner, S., Unaufgeklärte Gelbfärbung 148.
Wessén, Nathanael, Intrathorakales Xanthom 49.
*Westberg, Jean Schäffer 575.
Wewiorowsky, A., Lupus erythematodes 403.
Weygandt, W., Hautveränderungen bei tuberöser Sklerose 148.
White, Edwin C. s. Young.
Whiteside, George S., Dermatitis exfoliativa nach Salvarsan 185.
Wichmann, Paul, Lupuskarzinom, Ätiologie 149.
Widowitz, P., Septische Stomatitis 285.
Wiedhopf, Oskar, Histologie der In-
— — — Endothermie maligner Neubildungen 284.

Yamagiwa, K., Künstlich erzeugtes Teerkarzinom 458.
Yerouchalmi, Syphilitische Reinfektion 579.
Yosioka, M. s. Lange.
Young, Hugh H., Zystoskopischer Untersuchungstisch 406.
— — — White, Edwin C. u. Swartz, Ernest O., Merkurochrom 405.
— — — u. Cash, James R., Pseudohermaphrodismus masculinus 406.
— James, Organismen im 271.

Zak, E., Störungen der Harnbereitung 556.
Zappert, J., Behandlung der Enuresis 532.
Zausch, Erythema induratum 379.
Zeisse, H., Vorbeugungsmittel bei Geschlechtskrankheiten 196.
Zeissl, Max von, Orchitis syphilitica 486.
— — Reinfektion nach Salvarsan 484.
Ziegler, Lymphdrüsenpunktion bei primärer Lues 76.
Ziemann, H., Resistenz der Spirochäten 503.
— Syphilisspirochätenresistenz 45.
— 115.
Zigler, M., Entzündung der Samenblasen 172.
Zill, Ludwig, Heilbarkeit der weiblichen Gonorrhoe 151.
Zimmerlin s. Pautrier.
Zimmermann, Ernst L., Syphilis beim Neger 164.
— Heinz, Einseitige Nierenhypoplasie 194.
— Walther, Finnische Heilrunen 391.

Digitized by Google

Zinner, Insuffizienz des vesikalen Ureterostium 90.
— Alfred, Niereninzisionen 341.
Zippert, L. u. Stern, F., Primäraffekt und periurethraler Abszeß 71.
Zloczower, A., Neurorezidiv der Cauda equina 125.
Zogbaum, Wilhelm Berg 584.
Zondek, M., Hufeisenniere 342.
Zorn, W., Leuchtbildmethode für Tuberkelbazillen 603.
Zschau, Masernrekonvaleszentenserum 54.
Zuckerkandl, O., Propeptonuria spuria 342.
Zuckmayer, F., Kieselsäurezufuhr 248.
Zuloaga s. de Aja.
Zurhelle, E., Histopathologie rezentsyphilitischer Lymphdrüsen 72.
— — Syphilitische Lymphdrüsen 337.
— Parapsoriasis mit Leukoderm 22.

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MINNESOTA
biom,per bd.74
stack no.50

Dermatologische Wochenschrift.

3 1951 002 741 514 O

MINITEX
Minnesota Library Access Center
9ZAR05D16S16TI3

Digitized by Google